



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Departament Zdrowia

KZD – 4101-008-02/2014

P/14/063

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/14/063 – Funkcjonowanie podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia
Kontroler	1. Barbara Górkowska główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 90827 z dnia 17.09.2014 r.

[Dowód: akta kontroli str.1-2]

Jednostka kontrolowana	Narodowy Fundusz Zdrowia - Centrala
Kierownik jednostki kontrolowanej	Tadeusz Jędrzejczyk – Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia od 3 czerwca 2014 r. Wcześniej stanowisko prezesa NFZ zajmowali: Jacek Paszkiewicz (03.12.2007 r. – 04.06.2012 r.), Zbigniew Teter Z-ca Prezesa ds. Służb Mundurowych - z upoważnienia Rady NFZ (05.06.2012 r. – 27.06.2012 r.), Agnieszka Pachciarz Prezes NFZ (28.06.2012 r. – 20.12.2013 r.), Marcin Pakulski – Z-ca Prezesa ds. Medycznych - z upoważnienia Rady NFZ (23.12.2013 r. – 27.02.2014 r.), Wiesława Kłos Z-ca Prezesa ds. Finansowych – z upoważnienia Rady NFZ (28.02.2014 r. – 02.06.2014 r.).

[Dowód: akta kontroli str. 3]

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie z nieprawidłowościami¹ działalność Narodowego Funduszu Zdrowia w zbadanym zakresie.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia:

- przyjęcie od 2010 r. jednolitych zasad postępowania dotyczących określania zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej w postaci dokumentu „Procedura definiowania priorytetów i planowania zakupu świadczeń”;
- planowanie kosztów świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) oraz ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS);
- monitorowanie procesu kontraktowania świadczeń, pozyskując corocznie z oddziałów wojewódzkich (OW) danych dotyczących liczby zawartych umów w podziale na zakresy świadczeń;

Uwagi NIK dotyczyły:

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

- niskiej skuteczności działań zapobiegających spadkowi liczby porad profilaktycznych, w latach 2012-2013, w zakresie chorób układu krążenia (CHUK) spadek o 26,46% w skali kraju, profilaktyki gruźlicy o 14,48% oraz chorób odżywczych o 23,04%;
- braku sprawozdawczości pomocnej do monitoringu procesu leczenia pacjenta z przewlekłymi postaciami chorób układu krążenia i /lub cukrzycą w zakresie wykonanych badań diagnostycznych, do czego zobowiązano lekarza POZ w § 12 ust 4 i §15 ust 5 pkt 1 zarządzenia nr 69/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) z dnia 27 listopada 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły:

- finansowania świadczeń w programie kompleksowej opieki specjalistycznej dla chorych na cukrzycę (KAOS) w Oddziałach Wojewódzkich: Dolnośląskim, Kujawsko – Pomorskim, Pomorskim i Śląskim, mimo że nie zostały spełnione przez świadczeniodawców warunki określone w § 18 zarządzenia nr 71/2012/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 7 listopada 2012 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, dotyczące udzieleniu minimum 4 porad rocznie.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Zapotrzebowanie na świadczenia POZ i AOS

Opis stanu
faktycznego

Zapotrzebowania na świadczenia POZ i AOS określone były w planach zakupu świadczeń, które z kolei stanowiły plan finansowy NFZ na dany rok. W 2010 r. Centrala NFZ wprowadziła i przekazała oddziałom „Procedurę definiowania priorytetów i planowania zakupu świadczeń”, dokument zawierający jednolite zasady określania zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej. Celem wprowadzenia tego dokumentu było m.in. zapewnienie jednolitego postępowania Centrali i OW NFZ w zakresie określania priorytetów, tworzenia i monitorowania realizacji planu zakupu świadczeń. Lista zadań priorytetowych nie mogła być sprzeczna z listą ustanowioną w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych². W liście priorytetów na pierwszym miejscu wskazano dążenie do zmniejszenia zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym zawałów serca, udarów mózgu, na 6 miejscu ograniczenie szkód zdrowotnych spowodowanym m.in. paleniem tytoniu, na 7 miejscu przeciwdziałanie otyłości i cukrzycy. Planowanie zakupu świadczeń na lata 2012 – 2014 poprzedzone było m.in. analizami wykonania umów z lat poprzednich, kolejek oczekujących, danych z Głównego Urzędu Statystycznego, Państwowego Zakładu Higieny, oraz danych o migracji pacjentów pomiędzy oddziałami wojewódzkimi.

Centrala NFZ gromadziła dane o działaniach oddziałów wojewódzkich w uwzględnianiu dostępności przestrzennej, z ogłoszeń oddziałów w procesie postępowania w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami. W ogłoszeniach tych Oddziały określały m.in. obszary kontraktowania kierując się wiedzą o rozmieszczeniu świadczeniodawców, jak również o liczbie świadczeniobiorców, którzy potencjalnie skorzystają ze świadczeń. Analizy dostępności świadczeń prezentowane były podczas cyklicznych spotkań z dyrektorami OW. Ponadto

² Dz.U.z 2009r. Nr 137, poz. 1126.

większość danych gromadzonych przez OW jest dostępna w systemie informatycznym Centrali.

[Dowód: akta kontroli str. 558-651]

1.1. Metodologia wyceny świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej

Wysokość stawek kapitałowych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej określili wyjściowo przepisy ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń³. W wyniku zastosowania przepisów powyższej ustawy podjęto decyzję o ujednoliceniu rocznych stawek kapitałowych we wszystkich OW w uzgodnieniu z przedstawicielami środowisk zawodowych oraz reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców. Z uwagi na fakt, iż jej realizacja wymagała przeznaczenia na ten cel dodatkowych nakładów finansowych, proces ten przebiegał etapowo. Rozpoczęty w 2007 r. został ostatecznie zakończony w styczniu 2008 r. w przypadku lekarzy POZ oraz w lipcu 2008 r. w przypadku świadczeń pielęgniarstwa POZ, położnej POZ oraz pielęgniarstwa szkolnej.

W okresie wyrównywania poziomu stawek kapitałowych w poszczególnych zakresach świadczeń POZ, przy określaniu ich wartości, Fundusz kierował się parytetem podziału środków w strukturze kosztów POZ. Parytet obejmował koszty finansowania świadczeń lekarskich, pielęgniarstwa i położnych, przewidując następujący ich podział: świadczenia lekarskie – 74,5%, świadczenia pielęgniarstwa i położnych – 25,5%.

Bazowa stawka kapitałowa w wysokości 96 zł obowiązuje od 1 października 2008 r. do końca 2014 r. W wyniku zawartych porozumień pomiędzy Ministrem Zdrowia, Prezesem NFZ i organizacjami Pracodawców (m.in. Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia), wprowadzono do bazowej stawki kapitałowej, współczynniki korygujące w określonych grupach leczonych m.in.:

- 3,0 w związku z leczeniem chorych na cukrzycę i choroby układu krążenia, miało na celu poprawę jakości opieki nad tymi pacjentami. Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej (DSOZ) sporządził analizę skutków finansowych wprowadzenia ww. wskaźnika na podstawie informacji o poradach sprawozdanych przez świadczeniodawców w Kujawsko-Pomorskim OW NFZ za okres od 01.01 – 30.06.2008 r.

- 2,0 obowiązujący od września 2011 r. (poprzednio 1,6) w związku z leczeniem dzieci od 0 do 6 r.ż,

- 1,2 – za osoby od 6 r.ż do 19 r.ż. – wprowadzony od stycznia 2009 r. (poprzednio 1,19), wzrost wartości wskaźnika miał charakter techniczny w celu rozliczania świadczeń w obowiązujących nominalach,

- 0,1 wskaźnik mający zastosowanie do osób wymienionych w § 15 ust 2 pkt 1-6, w miesiącach wzmożonej zachorowalności na ostre schorzenia układu oddechowego w przypadku, gdy u danego świadczeniodawcy w miesiącach objętych tym okresem, udział liczby porad udzielonych osobom z rozpoznaniem wg klasyfikacji ICD-10 jako choroby z grupy J00-J22, z wyłączeniem grupy J17, w ogólnej liczbie porad udzielonych z przyczyn innych niż choroby układu krążenia i cukrzyca, wyniesie co najmniej 30% (od 2013 r. 25%).

Wprowadzenie ww. wskaźników miało na celu poprawę jakości opieki nad pacjentami w określonych grupach wiekowych.

³ Dz. U. Nr 149, poz. 1076 ze zm.

Organizacje świadczeniodawców przystępując do negocjacji ww. wskaźników korygujących, nie przedstawiały Funduszowi własnych kalkulacji postulowanych zmian, ani nie deklarowały standardu jakichkolwiek świadczeń będących przedmiotem umowy. Fundusz dokonywał oceny skutków finansowych i możliwości finansowania zmian.

Pierwotna wycena (w roku 2005) świadczeń profilaktycznych realizowanych przez lekarza została dokonana w oparciu o ceny świadczeń profilaktycznych określone w umowach, na podstawie których Minister Zdrowia zlecił NFZ w roku 2004 realizację programów profilaktycznych. Stawki do wysokości 45 zł dla profilaktyki chorób układu krążenia i 28 zł dla etapu podstawowego profilaktyki chorób odtytoniowych (z wykonaniem spirometrii), zostały uaktualnione w oparciu o porównywalne procedury w AOS.

W podobny sposób zostały uaktualniane stawki kapitacyjne oraz wskaźniki korygujące w świadczeniach realizowanych przez pielęgniarki i położne POZ.

[Dowód: akta kontroli 652-658, 660- 686]

1.2. Metodologia wyceny świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie kardiologii i diabetologii

W ambulatoryjnej opiece zdrowotnej wyodrębniono porady określonego typu (W01, W11, W12, W14, W18, W19, W22, W25 itp.), w których wskazano możliwe połączenia badań laboratoryjnych i innych procedur diagnostycznych (np. badania obrazowe), wiążąc je kosztowo. W zależności od możliwej kombinacji zalecanych i realizowanych procedur ustalono typy świadczeń specjalistycznych i kompleksowych. Ponadto wyodrębniono: świadczenie pohospitalizacyjne, poradę udzieloną w miejscu pobytu świadczeniobiorcy - co pozwoliło na zróżnicowanie kosztów świadczenia w zależności od ponoszonych nakładów. Wyceny procedur w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (w tym w zakresie diabetologii i kardiologii) dokonywane były w oparciu o dane historyczne, z uwzględnieniem wyceny analogicznych świadczeń realizowanych komercyjnie. Podczas ustalania wyceny punktowej świadczeń uwzględniano przeciętny poziom cen punktu (jednostki rozliczeniowej) w kontraktach ze świadczeniodawcami. Ponieważ wartość punktu jest negocjowana przyjmowano jego średnią cenę, która w 2013 r. wynosiła w zakresie diabetologii 9 zł a w kardiologii 9,12 zł.

Procedury, które można wykonywać w ramach grup procedur W01, W11, W12, W14, W18, W19, W25 stanowią grupę kilkuset badań (ponad 700). W zależności od wskazań danej grupy, procedury jej dedykowane obejmują bardzo dużą liczbę możliwych kombinacji. Cena grupy jest wielkością uśrednioną. Ceny komercyjne analizowano w oparciu o informacje zamieszczane na stronach internetowych przez różnych świadczeniodawców na terenie Polski. W wycenie świadczeń w ramach jednorodnych grup procedur w AOS nie brali udziału przedstawiciele MZ, konsultanci krajowi czy wojewódzcy jak również niezależni eksperci.

[Dowód: akta kontroli str. – 559, 700-701]

2. Planowanie kosztów świadczeń POZ i AOS i ich realizacja

Opis stanu faktycznego

Prezes NFZ w miesiącu lipcu roku poprzedzającego rok planowania, przekazywał do OW dane o przewidywanych kosztach świadczeń oraz założenia do sporządzenia projektu planu finansowego oddziałów.

W założeniach Centrali do planów na lata 2012 - 2014 r. w podstawowej opiece zdrowotnej należało zabezpieczyć środki na skutki zmian kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej wynikających z zarządzenia nr 85/2011/DSOZ Prezesa NFZ⁴, tj. na wprowadzenie w świadczeniach lekarza POZ dodatkowego współczynnika korygującego stawkę kapitałową o 0,1 w przypadku wystąpienia wzmożonej zachorowalności świadczeniobiorców na ostre schorzenia układu oddechowego w rozpoznaniach wg. ICD 10 z grupy J00-J22, realizowanych w wybranych miesiącach (styczeń, luty, marzec, wrzesień, październik, listopad). Wskaźnik ten miał zastosowanie u świadczeniodawców, u których procentowy udział porad udzielonych z przyczyny ww. schorzeń przekroczył w skali miesiąca 30% (w 2013 r. - 25%). Na wzrost kosztów z tego tytułu przewidziano w 2012 r. kwotę 177.585,22 tys. zł.

W planowaniu kosztów AOS zakładano dalszy rozwój systemu jednorodnych grup procedur oraz uwzględniano skutki przesunięcia finansowania drobnych zabiegów z leczenia szpitalnego do AOS.

W procesie planowania kosztów OW przedstawiały m.in. prognozy kosztów świadczeń POZ i AOS. Koszty POZ zostały podane w globalnej kwocie łącznie z kosztami świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej pomocy, a koszty AOS w łącznej kwocie we wszystkich zakresach świadczeń. W większości OW wysokość prognozowanych kosztów ww. świadczeń ustalono na poziomie planu z roku poprzedniego. Niewielki wzrost kosztów świadczeń w POZ w 2012 r. w stosunku do 2011 r. prognozowały OW: Dolnośląski (o 1,4%), Lubelski (o 0,7%), Zachodniopomorski (o 0,59%). Podobnie planowano koszty świadczeń na 2013 r. i 2014 r.

Wzrost kosztów świadczeń w AOS w 2012 r. w porównaniu do planu z 2011 r. przewidziano m.in. w OW: Lubelskim (o 12,56%), Łódzkim (o 32%), Małopolskim (o 26%), Opolskim (o 26%). Wykazane wzrosty kosztów świadczeń wynikały z potrzeby wyrównania cen jednostki rozliczeniowej do średniej krajowej, wprowadzenia jednorodnych grup pacjentów (JGP) oraz przesunięcia drobnych świadczeń zabiegowych z leczenia szpitalnego do AOS. Podobnie zaplanowano świadczenia AOS w 2013 r. i 2014 r.

Zgłoszone propozycje OW w zakresie kosztów świadczeń w rodzaju POZ i AOS na 2013 r. pierwotnie zostały uwzględnione w planach finansowych Funduszu.

W związku z przekazanymi przez Ministra Finansów w trakcie 2013 r., aktualnymi założeniami makroekonomicznymi, które prognozowały obniżenie przychodów Funduszu, dokonano korekty planu. W konsekwencji obniżono wartości planów finansowych pięciu oddziałów wojewódzkich.⁵

[Dowód akta kontroli str.590-651, 693-696, 1008-1010]

A/ Koszty POZ

W latach 2012 -2013 planowane koszty świadczeń zdrowotnych ogółem stanowiły kwotę 126.027.187,00 tys. zł⁶, (z tego w 2012 r. - 62 153 649,00 tys. zł, w 2013 r. - 63 873 538,00 tys. zł). Zrealizowane koszty świadczeń wyniosły 121 953 530,05 tys. zł (w 2012 r - 59 875 547,17 tys. zł, w 2013 - 62 077 982,88 tys. zł) i były niższe od prognozowanych o 4 073 656,95 tys. zł (o 3,23 %) ⁷. Udział kosztów świadczeń POZ (łącznie ze świadczeniami nocnej i świątecznej pomocy) w ogólnych kosztach

⁴ Zarządzenie nr 85/2011/DSOZ z dnia 17 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

⁵ Dotyczyło OW: Mazowieckiego, Podlaskiego, Śląskiego, Świętokrzyskiego, Warmińsko-mazurskiego.

⁶ Przedstawione dane za rok 2011 są wg stanu na 23.03.2014 r., za rok 2012 – koniec lutego 2013 r. za 2013 r. na dzień 25 lutego 2014 r.

⁷ Według stanu jak w przypisie nr 6

świadczeń zdrowotnych stanowił w 2011 r. 12,60%, w 2012 – 12,62%, w 2013 – 12,30%. Zrealizowane w 2012 r. koszty świadczeń POZ (7.554.497,55tys. zł) w porównaniu do 2011 r. (7.334.748,97 tys. zł) były wyższe o 219.748,58 tys. zł (o 3,0%), a w 2013 r. (7.738.408,97 tys. zł) wyższe o 303.660,00 tys. zł (o 4,14%).

Łączne koszty lekarza, pielęgniarek, położnej i transportu POZ (bez nocnej i świątecznej pomocy) w latach 2011-2013 stanowiły 20.829.882,47 tys. zł, z tego w 2011 r. 6.764.919,10 tys. zł, w 2012 r. – 6.983.416,06 tys. zł, w 2013 r. – 7.081.547,31 tys. zł. W strukturze ww. kosztów, koszty świadczeń lekarza POZ w 2011 r. wyniosły 73,34%, w 2012 r. 73,55%, w 2013 r. 73,78%, pielęgniarki POZ odpowiednio 16,32%, 16,26% i 16,18%, położnej POZ odpowiednio 3,97%, 4,00% i 3,98%, pielęgniarki szkolnej odpowiednio 3,92%, 3,80% i 3,69%, świadczenia transportu sanitarnego odpowiednio 2,45%, 2,40% i 2,37%.

Zrealizowane koszty świadczeń lekarza POZ, pielęgniarki, położnej, pielęgniarki szkolnej i transportu sanitarnego przedstawiono w tabeli poniżej:

w tys. zł

Wyszczególnienie kosztów świadczeń	2011 r. Wykonanie planu finansowego	2012 r. Wykonanie planu finansowego	2013 Wykonanie planu finansowego			% 3:2	% 4:2
1	2	3	4	Kol3-kol2	Kol4-kol2	7	8
Koszty świadczeń zdrowotnych ogółem*)	58.224.321,00	59.875.547,17	62.077.982,88	1.651.226,17	3.853.661,88	102,84	106,62
Koszty świadczeń POZ ogółem, w tym:*)	7.334.748,97	7.554.497,55	7.638.408,97	219.748,58	303.660,00	103,00	104,14
Świadczenia lekarza POZ**)	4.961.630,15	5.136.315,69	5.224.812,98	174.685,54	263.182,83	103,52	105,30
Świadczenia pielęgniarki POZ**)	1.103.793,61	1.135.355,19	1.145.677,75	31.561,58	41.884,14	102,86	103,79
Świadczenia położnej POZ**)	268.295,67	279.235,64	282.099,34	10.939,97	13.803,67	104,08	105,14
Świadczenia pielęgniarki szkolnej**)	265.209,71	265.078,86	261.259,74	-130,85	-3.949,97	99,95	98,51%
Świadczenia transportu sanitarnego w POZ**)	165.989,96	167.430,68	167.697,50	1.440,72	1.707,54	100,87	101,03

[Dowód: akta kontroli str. 745]

Zrealizowane w latach 2012-2013 koszty świadczeń lekarza, pielęgniarki, położnej i transportu sanitarnego miały tendencję wzrostową w stosunku do 2011 r, jednak w przypadku pielęgniarki szkolnej koszty te były niższe, tj. w 2012 r. o 130,85 tys. zł (o 0,05%) a w 2013 r. niższe o 3.949,97 tys. zł (o 1,49%). Przyczyną tego zjawiska był spadek liczby uczniów obejmowanych opieką pielęgniarki szkolnej. Wykorzystując tą sytuację i odpowiadając na postulaty środowiska pielęgniarek, Prezes NFZ w zarządzeniu nr 69/2013/DSOZ Prezesa NFZ⁸, podwyższył stawkę kapitacyjną na 2014 r. do 48 zł.

[Dowód: akta kontroli str.: 744-745, 748-752, 918, 1011-1024,)

B/ Koszty AOS

Zrealizowane koszty AOS w zakresie kardiologii i diabetologii przedstawiono w tabeli poniżej:

w tys. zł

Wyszczególnienie kosztów świadczeń	Wykonanie planu finansowego			Kol 3 – kol 2	Kol 4 – kol 2	% 3:2	% 4:2
	2011 r.	2012 r.	2013 r.				
1	2	3	4	5	6	7	8
Koszty świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej ogółem, w tym:*)	4.437.171,67	5.046.360,65	5.250.937,60	609.188,98	813.765,93	113,73	118,34
Kardiologia	228.822,52	305.187,75	315.535,09	76.365,23	86.712,57	133,37	137,90
Diabetologia	78.043,97	90.894,21	96.023,66	12.850,24	17.979,69	116,47	123,04

⁸ Z dnia 27 listopada 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

[Dowód: akta kontroli str.: 744-745]

W latach 2012-2013 planowane koszty świadczeń AOS we wszystkich zakresach stanowiły kwotę 10.381.924,00 tys. zł, zaś zrealizowane wyniosły 10.297.298,26 tys. zł i były niższe o 0,82% od planu.

W zakresie kardiologii⁹ w latach 2012-2013 planowane koszty świadczeń stanowiły 623.146,49 tys. zł (w 2012 r. – 307.031,40 tys. zł, w 2013 r. – 316.115,09 tys. zł), a zrealizowane 620.722,84 tys. zł, tj. niższe o 0,39% od planu.

W porównaniu do 2011 r. zrealizowane koszty świadczeń kardiologicznych w 2012 r. były wyższe o 33,37%, zaś w 2013 r. wyższe o 37,90%.

W zakresie diabetologii¹⁰ w latach 2012-2013 planowane koszty świadczeń stanowiły 187.887,14 tys. zł, (w 2012 r. – 91.730,89 tys. zł, w 2013 r. – 96.909,70) zaś zrealizowane wyniosły 186.917,87 tys. zł (niższe o 0,52% od planu).

W porównaniu do 2011 r. zrealizowane koszty świadczeń diabetologicznych w 2012 r. były wyższe o 16,47%, a w 2013 r. wyższe o 23,04%.

[Dowód: akta kontroli str.823-833, 859-884, 889-906]

3. Kontraktowanie świadczeń

3.1. Monitorowanie kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej oraz realizacji umów POZ i AOS

Opis stanu
faktycznego

Centrala NFZ monitoruje procesy kontraktowania świadczeń, pozyskując corocznie z OW dane dotyczące liczby zawartych umów w podziale na zakresy świadczeń i na tej podstawie opracowuje informacje o procesie zawierania umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. W kontrolowanym okresie 2012-2014 (I półrocze) opracowano informacje dotyczące procesu zawierania umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej na poszczególne lata. Przedmiotem monitorowania były informacje dotyczące AOS z OW, o:

- stanie uzgodnienia umów wieloletnich wg stanu na koniec pierwszego kwartału, w zestawieniu z planem finansowym na dany rok;
- liczbie postępowań ogłoszonych, rozstrzygniętych, unieważnionych oraz liczbie odwołań;
- wartości zawartych umów na dany rok, wg stanu na koniec I kwartału.

Ponadto zgodnie z przyjętymi zasadami sprawozdawczości, obowiązującymi na podstawie zawartych umów Centrala uzyskuje, m.in. informacje z OW o liczbie i rodzajach udzielonych świadczeń w POZ, oraz liczbie wykonanych badań diagnostycznych. Ponadto, Centrala Funduszu koordynuje kontrole zlecone OW do przeprowadzenia w wybranych obszarach.

[Dowód: akta kontroli str. 457-557, 658-659]

3.2. Liczba leczonych w POZ, liczba świadczeń, liczba świadczeniodawców, liczba na listach aktywnych

Opis stanu
faktycznego

Przedmiotem kontroli była realizacja świadczeń opieki zdrowotnej w POZ przez lekarza, pielęgniarkę, położną, pielęgniarkę szkolną oraz świadczenia transportu sanitarnego.

Świadczenia lekarza POZ rozliczane były stawką kapitulacyjną¹¹ w 7 grupach uprawnionych osób oraz stawką za udzieloną poradę¹².

⁹ Dorosłych i dzieci - przedstawione dane nie stanowią wartości wyszczególnianych w planach finansowych - plany finansowe tworzone są z dokładnością do rodzaju świadczeń

¹⁰ Dorosłych i dzieci - przedstawione dane nie stanowią wartości wyszczególnianych w planach finansowych - plany finansowe tworzone są z dokładnością do rodzaju świadczeń

¹¹ Stawką kapitulacyjną rozliczane były świadczenia udzielane świadczeniobiorcom: uprawnionych do współczynnika 3,0, rozliczanych w grupach od 0 do 6 r. ż, od 7 do 19 r. ż, od 20 do 65 r.ż., powyżej 65 r. ż, podopieczni DPS oraz osoby rozliczane współczynnikiem 0,1.

¹² Świadczenia lekarza POZ w profilaktyce CHUK, świadczenia w stanach nagłych zachorowań ubezpieczonych spoza OW oraz z terenu OW ale spoza gminy własnej i sąsiadujących i spoza listy zadeklarowanych pacjentów,

W 2012 r. świadczeń lekarza POZ udzielało 6.119 świadczeniodawców, w 2013 r. – 6.105, a w 2014 r. (I półrocze) – 6.195 świadczeniodawców. Średnioroczna liczba osób objętych opieką POZ na podstawie deklaracji¹³ wynosiła w 2012 r. – 36.950.267 osób, w 2013 r. – 37.009.226 osób (o 0,16% więcej niż w 2012 r.), w 2014 r. (I półrocze) – 37.046.627 osób (o 0,26% więcej niż w 2012 r.).

W strukturze świadczeniobiorców najliczniejszą grupą rozliczaną według stawki kapitałowej były osoby w przedziale wiekowym od 20 do 65 r.ż, w 2012 r. ich średnioroczna liczba wyniosła – 21.804.049 osób, tj. 59,01% ogólnej liczby świadczeniobiorców, i odpowiednio w 2013 r. – 21.831.146 osób (58,99%) w 2014 r. – 21.744.619 osób (58,70%). W 2013 r. liczba tych świadczeniobiorców nieznacznie wzrosła o 0,12% w stosunku do 2012 r., a w 2014 zmalała o 0,27%.

Drugą grupą pod względem liczebności świadczeniobiorców były osoby w wieku od 7 do 19 r. ż., stanowiące w 2012 r. 5.062.543 osób (13,70%), w 2013 r. 4.963.279 osób (13,70%) a w 2014 r. 4.914.083 osób (13,26%). Trzecią grupę stanowiły osoby rozliczane współczynnikiem 3,0¹⁴, ich średnioroczna liczba w 2012 r. wyniosła 4.681.608 osób (12,67%) w 2013 r. – 4.677.716 osób (12,64%), w 2014 r. – 4.783.560 osób (12,91%).

Średnioroczna liczba osób w grupie powyżej 65 r.ż. miała tendencję wzrostową i wyniosła w 2012 r. – 2.818.402 osób (7,63% w strukturze), w 2013 r. – 2.939.415 osób (7,94%), w 2014 r. – 3.013.547 osób (8,13%). Podopieczni DPS, placówek socjalizacyjnych, interwencyjnych i resocjalizacyjnych w latach 2012 – 2014 stanowili ok. 0,20% ogólnej liczby świadczeniobiorców.

Liczba osób rozliczona dodatkowo współczynnikiem 0,1¹⁵ korygującym stawkę kapitałową, w 2012 r. wyniosła 10.550.022 osób, w 2013 r. wzrosła ponad dwukrotnie do 23.160.534 osób, w 2014 r. (I półrocze) wyniosła 21.477.795 osób, tj. o 103,58% wyższa niż w całym roku 2012.

Zrealizowane koszty leczenia osób rozliczonych współczynnikiem 0,1 w 2012 r. wyniosły 50.640,13 tys. zł, w 2013 r. 111.269,18 tys. zł (o 119,73 % wyższe niż w 2012 r.) a w 2014 r. – 51.546,70 tys. zł, i nie przekroczyły w skali roku prognozowanego, rocznego skutku finansowego wprowadzenia tego wskaźnika (177.585 tys. zł).

W latach 2012 - 2014 (I półrocze) świadczeniodawcy POZ udzielili 657.344 osobom 889.533 porady w stanach nagłych zachorowań spoza OW oraz spoza gminy własnej i sąsiadujących¹⁶ o łącznej wartości 39.456.945 zł oraz 96.884 osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji – 153.240 porad o łącznej wartości 6.382.575 zł.

osobom spoza listy świadczeniobiorców innym niż ubezpieczone, uprawnionych do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust 1 pkt. 2 i 3 ustawy, uprawnionym na podstawie karty Polaka, oraz uprawnionym w związku z zatrudnieniem czasowym na terytorium RP, świadczenia w stanach nagłych zachorowań udzielane osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji, świadczenia lekarza POZ w ramach kwalifikacji do realizacji transportu dalekiego POZ.

¹³ Liczba osób na liście aktywnej.

¹⁴ Świadczenia lekarza POZ dla osób przewlekle chorych na cukrzycę i/lub choroby układu krążenia.

¹⁵ Współczynnik 0,1 wprowadzono zarządzeniem nr 85/2011/DSOZ z dnia 17 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielenie świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, miał zastosowanie u świadczeniobiorców, u których procentowy udział porad udzielonych z przyczyny schorzeń układu oddechowego, w rozpoznaniach wg. ICD - 10 z grupy J00-J22, realizowanych w wybranych miesiącach (styczeń luty marzec wrzesień, październik, listopad) przekroczył w skali miesiąca 30%. Zarządzeniem nr 86/2012/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 5 grudnia 2012 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielenie świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, obniżono udział schorzeń z 30% do 25% porad kwalifikujących do zastosowania dodatkowo współczynnika 0,1 stawki kapitałowej w rozliczeniu świadczeń związanych ze zwiększoną zachorowalnością na choroby układu oddechowego.

¹⁶ W 2012 r. 259.019 osobom – 352.777 porad i odpowiednio w 2013 r. – 272.439 i 369.037, w 2014 (I półrocze) 125.886 i 167.719.

Ponadto lekarze POZ udzielali porad diagnostyczno-terapeutycznych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni, (uprawnionym do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2 i 3 ustawy o świadczeniach lub osobom uprawnionym jedynie na podstawie „Karty Polaka” lub obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP) w 2012 r. 740 osobom 959 porad o wartości 43.155 zł, w 2013 r. 857 osobom 1.193 porady o wartości 53.685 zł, w I połowie 2014 r. 510 osobom 735 porad o wartości 33.075 zł.

[Dowód: akta kontroli str. 748, 703-704, 922-953, 1011-1012]

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zwraca uwagę na niską realizację świadczeń lekarza POZ w profilaktyce chorób układu krążenia (CHUK). Świadczenia te są gwarantowane w ramach umowy, zgodnie z wymogami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej¹⁷. Schorzenia układu krążenia zostały wymienione na pierwszym miejscu wśród priorytetów zdrowotnych, wskazanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych¹⁸. Świadczenia profilaktyki CHUK rozliczane były liczbą udzielonych porad, jeden raz na pięć lat, ze stawką 48 zł za poradę. Liczba udzielonych porad w latach 2012 – 2014 miała tendencję malejącą, w 2012 r. wyniosła ogółem 82.610 porad (o wartości 3.950.280 zł), natomiast w 2013 r. - 60.755 porad (o wartości 2.915.920 zł) i była niższa o 26,46%¹⁹. W I półroczu 2014 r. liczba porad wyniosła 32.146 o wartości 1.542.876 zł.

Pomimo odrębnej wyceny świadczeń (poza stawką kapitulacyjną) oraz wdrożenia systemu informatycznego monitorowania profilaktyki świadczeń (SIMP), liczba osób przebadanych nie przekraczała rocznie 3% populacji podlegającej badaniom²⁰. Zdaniem Funduszu o niskim wykonaniu profilaktyki CHUK zdecydował brak zainteresowania programem ze strony świadczeniodawców ze względu na jego dużą pracochłonność, konieczność posiadania łącza internetowego oraz niską dyspozycyjność świadczeniobiorców.

Podczas spotkań z przedstawicielami organizacji świadczeniodawców Fundusz sygnalizował wielokrotnie o niskim wykonaniu tych świadczeń. Niektóre oddziały wojewódzkie podejmowały działania mające na celu wzrost realizacji świadczeń profilaktycznych CHUK²¹, jednak bez powodzenia.

W ocenie NIK podejmowane działania przez Centralę NFZ i niektóre oddziały wojewódzkie, okazały się niewystarczające do zahamowania spadku liczby porad realizowanych w POZ, w profilaktyce CHUK, określonych przez Ministra Zdrowia jako priorytetowe zadania zdrowotne.

[Dowód: akta kontroli str. 703-704, 922-953, 1011-1012]

Opis stanu
faktycznego

Program profilaktyki chorób odtyniowych realizowali lekarze POZ w ramach odrębnych umów. Program obejmował dwa etapy – podstawowy (poradnictwo antynikotynowe dla osób powyżej 18 roku życia) oraz poradnictwo antynikotynowe z diagnostyką (z wykonaniem spirometrii) i profilaktyką POChP - etap specjalistyczny obejmujący osoby powyżej 18. roku życia, uzależnione od tytoniu (ICD-10: F17), skierowane z etapu podstawowego programu, lub z oddziału szpitalnego oraz

¹⁷ Dz. U. 2013 r., poz. 1248 ze zm.

¹⁸ Dz. U. Nr 137, poz. 1126.

¹⁹ Najwyższe spadki w realizacji tych świadczeń w 2013 r. w stosunku do 2012 r. wystąpiły w OW: Warmińsko Mazurskim o 42,11%, Świętokrzyskim o 36,49%, Opolskim o 36,32%, w Zachodniopomorskim o 36,81%.

²⁰ Według NFZ średnioroczna liczba osób podlegająca badaniom profilaktycznym CHUK wynosi ok. 2 700 000.

²¹ OW Lubuski zwrócił się do Prezesa Zarządu Lubuskiego Związku Lekarzy Pracodawców Podstawowej Opieki Zdrowotnej „Porozumienie Zielonogórskie” z prośbą o zobligowanie lekarzy, pielęgniarek i położnych do większego zaangażowania w realizację zadań profilaktycznych. OW Łódzki w maju 2014 r. przeprowadził szkolenia świadczeniodawców w zakresie profilaktyki CHUK.

zgłaszające się bez skierowania. W 2012 r. program realizowało 163 świadczeniodawców POZ (2,66% ogółu świadczeniodawców POZ), w 2013 r. - 128 świadczeniodawców (2,10%), w 2014 r. 93 świadczeniodawców (1,5%).

Przyczyną małego zainteresowania świadczeniodawców POZ realizacją Programu było przekonanie, iż program profilaktyczny stanowi działania uzupełniające, mające na celu uświadomienie świadczeniobiorcom, że uzależnienie od tytoniu jest chorobą. Ponadto od realizatorów wymaga się posiadania dodatkowych kwalifikacji (kurs leczenia uzależnienia od tytoniu), a także posiadania specjalistycznego sprzętu (spirometru). Niewielu świadczeniodawców decyduje się na poniesienie dodatkowych wydatków wobec niepewności co do liczby pacjentów, którzy zgłoszą się do Programu.

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zauważyła, że lekarze POZ realizujący program nie wykonywali wszystkich zakontraktowanych świadczeń. Na 2012 r., na oba etapy programu, zawarto umowy o łącznej wartości 794.936 zł, z czego zrealizowano świadczenia za 236.983 zł, co stanowiło 31,60% wartości zakontraktowanych świadczeń. Na 2013 r. zawarto umowy na kwotę 615.242 zł, które zrealizowano w wysokości 182.383 zł (29,64 %). W 2012 r. udzielono łącznie w obu etapach 11.074 porady, a w 2013 – 8.487 porad (o 23,36% mniej).

[Dowód: akta kontroli str. 703-704, 748, 783-784, 1011]

Opis stanu
faktycznego

Świadczenia pielęgniarstwa POZ w 2012 r. realizowało 6.041 świadczeniodawców, obejmując 35.011.945 świadczeniobiorców zadeklarowanych na liście aktywnej i odpowiednio w 2013 r. 6.245 świadczeniodawców (o 3,40% więcej niż w 2012 r.) i 35.400.626 osób (o 1,11% więcej), w 2014 r. – 6.336 świadczeniodawców i 35.465.903 osób. W strukturze świadczeniobiorców pielęgniarstwa POZ największą liczebnie grupę stanowiły osoby w wieku od 7 do 65 lat – w 2012 r. 27.744.432 osoby (79,24%), w 2013 – 27.898.136 (78,81%), w 2014 r. (I półrocz) - 27.831.490 (78,47%), następnie osoby wieku powyżej 65 r.ż. – w 2012 r. 4.910.292 (14,02%), w 2013 r. 5.126.768 (14,48%), w 2014 r. – 5.256.610 (14,82%). W grupie od 0 do 6 lat w 2012 r. stanowiły 2.307.780 osób (6,59%), w 2013 r., - 2.322.135 osób (6,56%), w 2014 - 2.318.523 osoby (6,54%). W wymienionych wyżej grupach rozliczano świadczenia według stawki kapitałowej. Liczba świadczeniobiorców w 2013 r. wykazywała niewielką tendencję wzrostową w stosunku do 2012 r., tj. w grupie od 0 do 6 lat o 0,62%, od 7 do 65 lat o 0,55%, w grupie powyżej 65 lat o 4,41%, w grupie podopiecznych DPS (...) o 0,64%.

W latach 2012 – 2014 (I półrocze) udzielono 26.127 osobom 54.334 porady w stanach nagłych zachorowań²² o wartości 652.008 zł oraz 3.029 osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji 6.244 porady o wartości 74.928 zł.

Ponadto pielęgniarstwa POZ udzielały świadczeń świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni, (uprawnionym do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2 i 3 ustawy o świadczeniach lub osobom uprawnionym jedynie na podstawie „Karty Polaka” lub obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP) w 2012 r. 19 osobom 19 świadczeń o wartości 228 zł, w 2013 r. 50 osobom 61 porad o wartości 732 zł, w I połowie 2014 r. 10 osobom 10 porad o wartości 120 zł.

²² osobom spoza OW oraz z terenu OW ale spoza gminy własnej i sąsiadujących i spoza listy zadeklarowanych pacjentów liczba osób

Liczba świadczeń pielęgniarstwa POZ w zakresie profilaktyki gruźlicy w 2013 r. (149.630) zmalała o 14,48%. w porównaniu do 2012 r. (174.960)²³. Oddziały wojewódzkie nie analizowały przyczyn zmniejszenia liczby tych świadczeń. Jako przypuszczalne powody tego zjawiska wskazano: ograniczenie czasowe – jeden pacjent może być objęty tą profilaktyką raz na 2 lata, niską wycenę świadczenia – 4,00 zł za poradę oraz niechęcią świadczeniobiorców do korzystania z porad profilaktycznych.

W ocenie NIK, świadczenia w ramach profilaktyki gruźlicy są istotnym elementem wczesnego rozpoznawania nowych zachorowań i ograniczania niekorzystnych zjawisk epidemiologicznych.

[Dowód: akta kontroli str. 749, 924-953, 1013-1014]

Świadczenia położnej POZ²⁴ w 2012 r. realizowało 4.326 świadczeniodawców, obejmując opieką zdrowotną 16.598.875 osób i odpowiednio w 2013 r. 4.497 i 16.734.743, w 2014 r. (I półrocze) 4.612 i 6.811.143. W 2013 r. wzrosła liczba świadczeniodawców o 3,95% w porównaniu do 2012 r., oraz świadczeniobiorców o 0,82% i odpowiednio w 2014 r. o 6,61% i o 1,28% - w stosunku do 2012 r.

W 2012 r. położne POZ zrealizowały 1.380.288 wizyt patronażowych²⁵, udzielonych 406.585 osobom, średnio 3,4 wizyty w przeliczeniu na osobę i odpowiednio w 2013 r. - 1.321.011 i 362.299, średnio 3,65 wizyty, w 2014 (I półrocze) - 691.156 i 170.843, średnio 4,0 wizyty.

W 2013 r. liczba wizyt patronażowych i liczba osób wykazała tendencję malejącą o 4,29% i 10,89% w stosunku do 2012 r.

Liczba wizyt położnej POZ w edukacji przedporodowej w 2012 r. wyniosła 580.126, których udzielono 88.732 osobom, co w przeliczeniu na osobę stanowiło 6,5 wizyty. W 2013 r. udzielono ich 680.822 (o 17,36% więcej niż w 2012 r.) 93.635 osobom (o 5,53% więcej niż w 2012 r.), średnio na osobę 7,3 wizyty i w 2014 r. (I półrocze) 428.311 wizyt - 62.487 osobom, średnio 6,9 na osobę.

W 2012 r. liczba wizyt w opiece pooperacyjnej wyniosła 9.115 - udzielonych 3.235 osobom. W 2013 udzielono 10.770 wizyt (o 18,2% więcej) 3.485 osobom. W 2014 r. (I półrocze) – 4.940 wizyt udzielonych 1.883 osobom.

W latach 2012 – 2014 (I półrocze) udzielono 1.360 osobom 2.020 porad w stanach nagłych zachorowań, oraz 202 osobom 652 porady na podstawie przepisów o koordynacji.

Ponadto położne POZ udzielały świadczeń świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni, (uprawnionym do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2 i 3 ustawy o świadczeniach lub osobom uprawnionym jedynie na podstawie „Karty Polaka” lub obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP) w 2012 r. 13 osobom 15 porad o wartości 180 zł, w 2013 r. 32 osobom 40 porad o wartości 480 zł, w I połowie 2014 r. 8 osobom 8 porad o wartości 96 zł.

W 2014 r. 86 świadczeniodawców POZ realizujących świadczenia położnej uczestniczyło w programie profilaktyki raka szyjki macicy. Do badań cytologicznych pobrano wymazy od 734 kobiet.

[Dowód: akta kontroli str. 750, 1015-1018]

²³ Największe spadki odnotowano w OW Opolskim, gdzie liczba świadczeń zmalała z 321 w 2012 r. do 74, tj. o 76,9% i odpowiednio w OW Podlaskim z 6.945 do 1.835, tj. o 73,6%, w OW Świętokrzyskim z 4.971 świadczeń do 2.511, tj. o 49,5%, w Dolnośląskim z 9.624 do 5.937, tj. o 38,3%, w OW Łódzkim z 25.120 do 17.205, tj. o 31,5%.

²⁴ Świadczenia położnej POZ rozliczane są według stawki kawitacyjnej – za osoby zarejestrowane na liście aktywnej oraz według cej jednostkowych za udzieloną poradę.

²⁵ położna jest zobowiązana odbyć od 4 do 6 wizyt patronażowych obejmujących opiekę nad dzieckiem do ukończenia 2 miesiąca życia oraz kobietą w okresie połogu. Realizując opiekę położna jest zobowiązana w okresie dwóch miesięcy kalendarzowych od czterech do sześciu wizyt patronażowych.

Świadczenia pielęgniarstwa szkolnego w 2012 r. realizowało 3.369 świadczeniodawców obejmując opieką 4.912.364 uczniów. W 2013 r. świadczenia realizowało 3.398 świadczeniodawców wobec 4.801.549 uczniów. W 2014 r. realizowało 3.394 świadczeniodawców wobec 4.756.644 uczniów. Świadczenia rozliczane były stawką kapitałową²⁶.

W 2012 r. największą liczebną grupę uczniów stanowili uczniowie szkół typu I²⁷ średniorocznie - 4.514.460 (91,9%), następną uczniowie szkół typu II²⁸ - 324.719 (6,61%) oraz typu III²⁹ - 73.185 (1,49%). W kolejnych latach struktura świadczeniobiorców pielęgniarstwa szkolnego była podobna.

Pielęgniarstwo szkolne realizowało wśród uczniów szkół podstawowych (klas I do VI) grupową profilaktykę fluorkową. W 2012 r. profilaktyką tą objęto 1.969.842 uczniów, którym udzielono świadczeń o wartości 10.417.057 zł, w 2013 r. 1.973.109 uczniów (o 0,17 % więcej) o wartości świadczeń 10.654.930 zł. W I półroczu 2014 r. zrealizowano świadczenie u 982.016 uczniów za 5.302.885 zł.

[Dowód: akta kontroli str. 751, 1019-1022]

Świadczenia transportu sanitarnego realizowało w 2012 r. 1.044 świadczeniodawców obejmując 36.877.350 zadeklarowanych świadczeniobiorców i odpowiednio w 2013 - 1.089 (o 4,31% więcej) i 36.914.299 (o 0,10% więcej), w 2014 r. (I półrocze) - 1.010 i 36.962.310. Koszt tych świadczeń w 2012 r. wyniósł 167.430.683 zł, w 2013 r. - 167.697.505 zł (o 0,16% więcej), w I połowie 2014 r. - 82.204.529 zł.

[Dowód: akta kontroli str. 752, 1023-1024]

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność w badanym obszarze. Jednocześnie zwraca uwagę na ograniczone wykonywanie świadczeń profilaktycznych w zakresie CHUK, chorób odżywczych i POChP oraz profilaktyki gruźlicy.

3.3. Liczba leczonych w AOS liczba świadczeń, liczba świadczeniodawców

Opis stanu faktycznego

A/ Diabetologia

W 2012 r. w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, świadczeń diabetologicznych udzielało 795 świadczeniodawców, z tego jedynie 34 w zakresie diabetologii dziecięcej. W 2013 r. odpowiednio 763 i 35, w 2014 r. (I półrocze) 749 i 32.

W 2012 r. planowana liczba świadczeń (łącznie z diabetologią dziecięcą) wyrażona w jednostkach rozliczeniowych wyniosła 10.015.876 przy średniej wartości punktu 9,12 zł w poradniach dla dorosłych i 9,54 w poradniach dla dzieci, stanowiło to 91.484.449 zł. Natomiast zakontraktowano w umowach ze świadczeniodawcami 10.194.643 jednostki (o 1,78% więcej) o wartości 91.730.878 zł. Rozliczono 10.091.240 jednostek (o 0,75% więcej niż planowano) o wartości 90.894.212 zł, z których skorzystały 769.642 osoby (w tym 14.162 dzieci).

W 2013 r. planowana liczba jednostek rozliczeniowych stanowiła 10.773.851 przy średniej wartości punktu 9,00 zł w poradniach dla dorosłych oraz 9,71 w poradniach dla dzieci, zakontraktowano 10.669.152 jednostki (o 0,97% mniej niż planowano) na kwotę 96.156.251 zł. Zrealizowane świadczenia wyniosły 10.672.965 jednostek (o

²⁶ Świadczenia pielęgniarstwa szkolnego rozliczane wg stawki kapitałowej w wysokości 48 zł oraz świadczenia w ramach grupowej profilaktyki fluorkowej stawką 5,40 zł.

²⁷ Szkoła podstawowa, gimnazjum, liceum, liceum profilowane (bez warsztatów), szkoła artystyczna na prawach gimnazjum lub liceum, szkoła policealna (§ 27 zarządzenia Prezesa NFZ 85/2011/DSOZ) z dnia 17 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

²⁸ Szkoła prowadząca naukę zawodu z warsztatami w szkole, szkoła sportowa.

²⁹ Szkoła specjalna dla uczniów z niepełnosprawnością.

3.812 jednostek więcej niż zakontraktowano) o wartości 96.023.744 zł, z których skorzystało 778.985 osób (w tym 15.186 dzieci). W stosunku do 2012 r. liczba zrealizowanych świadczeń w 2013 r. wzrosła o 5,76%, a wartość o 5,64%.

Ambulatoryjne świadczenia w zakresie diabetologii obejmowały: świadczenia pohospitalizacyjne³⁰, wysokospecjalistyczne³¹, kompleksowe³², świadczenia zabiegowe³³, świadczenia udzielane w miejscu pobytu świadczeniodawcy oraz świadczenia odrębne³⁴.

W kontrolowanym okresie najwięcej osób skorzystało ze świadczeń wysokospecjalistycznych: w 2012 r. – 1.000.806, którym udzielono 1.831.028 porad, w 2013 r. - 1.122.778 osobom (o 12,19% więcej) udzielono 1.966.091 porad (o 7,38% więcej), w 2014 r. - 823.980 osobom, którym udzielono 947.770 porad.

W strukturze osób korzystających z tych świadczeń, w latach 2012-2014, 52,32% osób udzielono porad sklasyfikowanych jako W11 1-go typu³⁵.

Na drugiej pozycji, pod względem liczebności świadczeniobiorców, znalazły się świadczenia kompleksowe, z których w 2012 r. skorzystało 131.100 świadczeniobiorców, którym udzielono 128.900 porad, w 2013 r. 103.687 osobom (o 20,91% mniej) udzielono 102.443 porady; a w I połowie 2014 r. 54.863 osobom udzielono 46.489 porad. W latach 2012-2014, 99,83% osób skorzystało ze świadczenia sklasyfikowanego jako W21, które obejmowało pacjentów pierwszorazowych. Polegało ono na kompleksowej ocenie stanu zdrowia, podjęciu decyzji diagnostycznej i terapeutycznej.

Na trzeciej pozycji znalazły się świadczenia zabiegowe. W 2012 r. skorzystało z nich 11.807 osób, którym wykonano 41.760 zabiegów; w 2013 r. 13.522 osobom wykonano 49.130 zabiegów, a w I połowie 2014 r. u 11.734 osób 25.894 zabiegi. W 2013 r. z tych świadczeń skorzystało o 14,53% więcej osób niż w roku poprzednim, udzielono o 17,65% świadczeń więcej, a ich wartość była wyższa o 21,62%. W okresie objętym kontrolą, najczęściej wykonywanym zabiegiem (75,53%) było założenie pompy insulinowej (86.081-Z102).

[Dowód: akta kontroli str. 823-833,859-888]

Od 2008 r. w ramach AOS realizowano program kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nad pacjentem z cukrzycą (KAOS). W okresie kontrolowanym warunki realizacji programu określone zostały w zarządzeniach Prezesa NFZ³⁶. Program rozliczany jest roczną stawką kapitałową, negocjowaną ze świadczeniodawcą. W 2007 r. Fundusz ustalił podstawową kalkulację stawki

³⁰ Symbol W01

³¹ W11, W12 - konieczne wykazanie co najmniej 3 procedur z listy W1 lub co najmniej jednej procedury z listy W2 lub co najmniej wykazanie do 2 procedur oznaczonych tym samym kodem z listy W5., W13, W14, W15, W17.

³² W21-pierwszego typu, W22, W23, W24, W25

³³ 00.9600 elektrokoagulacja zmian powierzchniowych, 00.9601 krioterapia zmian powierzchniowych, 00.9602 laseroterapia zmian powierzchniowych, 86.081 założenie pompy insulinowej, 86.221 Oczyszczenie przez wycięcie zdewitalizowanej tkanki, 86.222 Wycięcie martwiczej tkanki, 86.223 wycięcie wilgotnej martwiczej tkanki, 86.271 Usunięcie tkanki martwiczej, 86.272 Usunięcie wilgotnej tkanki martwiczej, 86.281 usunięcie zdewitalizowanej tkanki, martwicy lub wilgotnej tkanki martwiczej przez szczoteczowanie, 86.282 usunięcie zdewitalizowanej tkanki, martwicy lub wilgotnej tkanki martwiczej przez irygację pod ciśnieniem, 86.283 usunięcie zdewitalizowanej tkanki, martwicy lub wilgotnej tkanki martwiczej przez zdrapanie, 86.284 usunięcie zdewitalizowanej tkanki, martwicy lub wilgotnej tkanki martwiczej przez przemywanie, 93.57 założenie opatrunku na ranę, 93.57 założenie opatrunku na ranę.

³⁴ Echokardiografia, Posiew z antybiogramem w kierunku mycobacterium, Próba wysiłkowa, USG doppler duplex z kolorowym obrazowaniem przepływu, Wykrywanie rna/dna za pomocą badań molekularnych (pcr/pfge).

³⁵ W11 – obejmuje ocenę stanu zdrowia pacjenta w zakresie zidentyfikowanego problemu zdrowotnego lub ocenę przebiegu leczenia wobec postawionego wcześniej rozpoznania.

³⁶ 81/2011/DSOZ z dnia 4 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, Nr 71/2012/DSOZ/ z dnia 7 listopada 2012 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

kapitacyjnej na kwotę 551,43 zł w skali roku³⁷, w przeliczeniu na jedną osobę zadeklarowaną w KAOS. W oddziałach wojewódzkich średniomiesięczna stawka kapitacyjna była zróżnicowana i wynosiła od 45,95 zł miesięcznie (551,4 zł rocznie) w OW Pomorskim, do 60 zł miesięcznie (720 zł rocznie) w OW Warmińsko – Mazurskim. W skali kraju program ten realizowała niewielka grupa świadczeniodawców, tj. w 2012 r. – 41, w 2013 r. – 41, w 2014 (I półrocze) – 36. Program nie był realizowany w OW: Lubuskim, Podkarpackim, Wielkopolskim i Zachodniopomorskim.

W 2012 r. planowana liczba świadczeń, wyrażona w liczbie miesięcznych stawek kapitacyjnych, wyniosła 267.756 i przy średniej oczekiwanej miesięcznej stawce kapitacyjnej 47,72 zł stanowiła wartość 14.136.271 zł. W 2013 r. odpowiednio 282.953 miesięczne stawki i 47,72 zł przy średniej oczekiwanej cenie stawki kapitacyjnej, stanowiła wartość 14.889.192 zł.

Wartość zakontraktowanych świadczeń wyniosła w 2012 r. 14.178.302 zł (o 0,30% wyższa od planu), a wartość zrealizowanych świadczeń wyniosła 13.939.098,27 zł (niższa od planu o 1,39% i od zakontraktowanych o 1,69%). W 2013 r. wartość zakontraktowanych świadczeń wyniosła 14.505.666 zł (niższa od planu o 2,58%), a zrealizowanych 14.305.142 zł (niższa od planu o 3,92% i od zakontraktowanych świadczeń o 1,38%).

W 2012 r. liczba zadeklarowanych osób (świadczeniobiorców) w KAOS wyniosła 25.169 osób, i odpowiednio: w 2013 r. 26.174 osoby, w I półroczu 2014 r. 23.353 osoby.

W latach 2012-2014 (I półrocze) Fundusz nie analizował efektywności realizacji programu KAOS. Ostatnia analiza wykonana została za lata 2008 – 2010, z której wynikało m.in. iż nie został osiągnięty główny cel programu, tj. zmniejszenie się liczby hospitalizacji pacjentów objętych opieką kompleksową.

Uwagi dotyczące
badanej działalności

W załączniku nr 3 część c do zarządzenia Nr 71/2012/DSOZ/ Prezesa NFZ z dnia 7 listopada 2012 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, podano w schemacie postępowania z pacjentem z cukrzycą typu I, że lekarz winien udzielić średnio od 8 do 12 porad rocznie (co 4-6 tygodni), pacjentom z cukrzycą typu II - średnio 4 porady rocznie. Z kolei w § 18 ust 2 cytowanego zarządzenia podano, iż „warunkiem finansowania świadczeń KAOS jest udzielenie świadczeń zgodnie z postanowieniami określonymi w załączniku nr 3 część c, w sposób ciągły, regularny, ale z częstotliwością nie mniejszą niż raz na 3 miesiące, czyli 4 porady rocznie. W wyjaśnieniu DSOZ przekazał, iż wprowadzenie ww. przepisów w zarządzeniu Nr 71/2012/DSOZ o częstotliwości nie mniejszej niż raz na 3 miesiące podyktowane było faktem, że świadczenia dla pacjentów objętych opieką KAOS realizowane były w sposób sporadyczny, nieregularny, co nie gwarantowało zachowania odpowiedniej jakości opieki, pomimo przeznaczania przez NFZ środków na realizację programu.

Ustalone
nieprawidłowości

Z analizy danych dotyczących realizacji świadczeń KAOS wynika, iż liczba osób którym udzielono świadczeń była w niektórych OW niższa od liczby zadeklarowanych w KAOS, tj. w OW Dolnośląskim w 2012 r. o 37,5%, w 2013 r. o 16,6%, w OW Kujawsko – Pomorskim w 2012 r. o 35,2 %, w 2013 r. o 30,9 %; w OW Pomorskim w 2012 r. o 56,3%, w 2013 r. o 11,8%; w OW Śląskim w 2012 r. o 17,7%, w 2013 r. o 19,2%.

Natomiast średnioroczna liczba udzielonych porad w przeliczeniu na jedną osobę zadeklarowaną w KAOS (lista sporządzona na podstawie posiadanych deklaracji

³⁷ Stawka kapitacyjna została skalkulowana dla 700 osób objętych stałą opieką taką liczbę pacjentów przyjęto na 1 etat lekarski. W kalkulacji ujęto m.in. koszty jednego etatu lekarskiego miesięcznie jednego etatu pielęgniarki miesięcznie, ½ etatu dietetyka, koszty badań w ciągu roku dla jednego pacjenta na wysokości 250 zł,

wyboru) w wyżej wymienionych OW była niższa niż 4 porady w ciągu roku, zatem nie osiągnięto parametru określonego przepisem § 18 ust 2 zarządzenia nr 71/2012/DSOZ.³⁸ Pomimo tego świadczenia były finansowane przez oddziały wojewódzkie.

[Dowód: akta kontroli str. 230-236, 753-782, 785, 823, 834-841]

Finansowanie stawką kapitałową świadczeń w KAOS nad pacjentem z cukrzycą niezależnie od liczby faktycznie wykonanych świadczeń, wymaganych przepisami zarządzenia Prezesa NFZ, w ocenie NIK, należy uznać za nieuprawnione wydatkowanie środków publicznych. Koszty wykonanych świadczeń osobom faktycznie korzystającym z porad KAOS w ciągu roku były niższe od kosztów poniesionych przez NFZ; w 2012 r. o około 2.217 tys. zł³⁹, a w 2013 r. o około 1.105 tys. zł.

B/ Kardiologia

W 2012 r. w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, świadczeń kardiologicznych udzielało 1269 świadczeniodawców w poradniach ambulatoryjnych z tego 134 w zakresie kardiologii dziecięcej, w 2013 r. odpowiednio 1269 i 129, w 2014 r (I półrocze) 1215 i 120.

W 2012 r. planowana liczba świadczeń (łącznie z kardiologią dziecięcą), wyrażona w jednostkach rozliczeniowych wyniosła 27.505.020, przy średniej wartości punktu 9,30 zł w poradniach dla dorosłych i 9,66 zł w poradniach dla dzieci. Stanowiło to 256.682.491 zł. Natomiast zakontraktowano w umowach ze świadczeniodawcami 33.621.507 jednostek (o 22,24% więcej niż pierwotnie planowano) o wartości 307.031.378 zł. Rozliczono 33.391.663 jednostki (o 21,4% więcej niż planowano) o wartości 305.187.613 zł. Z tych świadczeń skorzystało 2.108.435 osób (w tym 203.203 dzieci).

W 2013 r. planowana liczba jednostek rozliczeniowych stanowiła 34.345.437 przy średniej wartości punktu 9,12 zł w poradniach dla dorosłych oraz 9,56 zł w poradniach dla dzieci. Zakontraktowano 34.672.198 jednostek (o 0,95% więcej niż planowano pierwotnie) na kwotę 316.115.089 zł. Zrealizowane świadczenia wyniosły 34.659.771 jednostek (o 12.428 jednostek mniej niż zakontraktowano) o wartości 315.534.881 zł, z których skorzystało 2.259.011 osób (w tym 212.726 dzieci). W stosunku do 2012 r. liczba zrealizowanych świadczeń 2013 r. wzrosła o 3,8% a wartość o 3,4%, zaś liczba świadczeniobiorców wzrosła o 7,1%.

Świadczenia udzielane w zakresie kardiologii obejmowały: świadczenia pohospitalizacyjne⁴⁰, wysokospecjalistyczne - zachowawcze⁴¹, kompleksowe⁴², świadczenia zabiegowe⁴³, świadczenia udzielane w miejscu pobytu świadczeniodawcy⁴⁴ oraz świadczenia odrębne⁴⁵.

³⁸ W OW Dolnośląskim liczba udzielonych porad w ciągu 2012 r. w przeliczeniu na jednego zadeklarowanego świadczeniobiorcę wyniosła średnio 2,05 porady, w 2013 r. – 3,37 porady, i odpowiednio w OW Pomorskim 1,93 i 2,85, w OW Śląskim 2,98 i 2,91, w OW Kujawsko – Pomorskim 2,95 i 3,05.

³⁹ W 2012 r. w OW Dolnośląskim wartość świadczeń których udzielono 1.325 osobom x 54,15 zł (miesięcznie) x 12 miesięcy wyniosła 860.957,87zł tymczasem koszty NFZ wyniosły 1.185.306,15 zł, wyższe o 324.348,28 zł, w 2013 r. 1912 osobom udzielono świadczeń o wartości 1.242.177,02 zł a koszty NFZ wyniosły 1.294.259,23 zł, wyższe o 52.082,21 zł. Podobnie licząc w OW Kujawsko-Pomorskim w 2012 r. wyższe o 855.347,40 zł, w 2013 r. wyższe o 700.530,60 zł, w OW Pomorskim w 2012 r. wyższe o 580.762,05 zł, w 2013 wyższe o 33.451,60 zł, w OW Śląskim w 2012 r. wyższe o 260.728,00 zł, w 2013 r. wyższe o 319.124,00 zł.

⁴⁰ Symbol W01

⁴¹ Symbol W11, W12, W13, W14, W15, W17, W18, W19,

⁴² Symbol W21-pierwszego typu, W22, W23, W24, W25

⁴³ 93.57 założenie opatrunku na ranę, 98.25. usunięcie ciała obcego z tułowia z wyjątkiem (...) bez nacięcia

⁴⁴ W31

⁴⁵ 1 Echokardiografia, 2 Echokardiografia lub echokardiografia obciążeniowa przezprzełykową, 3 Echokardiografia obciążeniowa-wysiłkowa, 4 kwalifikacja potencjalnego biorcy do zabiegu przeszczepienia z określeniem pilności wykonania zabiegu, 5 monitorowanie skutków leczenia u chorego po przeszczepie szpiku lub wątroby lub serca i/lub płuca lub trzustki (obejmuje koszty monitorowania poziomu leków

W kontrolowanym okresie najwięcej osób (ok. 88%) skorzystało ze świadczeń wysokospecjalistycznych: w 2012 r. 2.284.987, którym udzielono 3.546.627 porad; w 2013 r. 3.401.425, którym udzielono 4.804.782 porady, w I połowie 2014 r. 2.264.523, którym udzielono 2.303.114 porad. W 2013 r. liczba pacjentów korzystających z tego typu świadczeń wzrosła o 48,86% w stosunku do 2012 r. a liczba porad o 35,47%.

Na drugiej pozycji pod względem liczebności świadczeniobiorców znalazły się świadczenia odrębne, z których w latach 2012-2014 skorzystało około 9% osób.

Na trzeciej pozycji znalazły się świadczenia kompleksowe, którym udzielono około 3% osób.

[Dowód: akta kontroli str. 826-827,889-906]

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie z nieprawidłowościami działalność w badanym obszarze.

3.4. Terminy opracowania zarządzeń, konsultacji, oraz przekazania do oddziałów wojewódzkich

Opis stanu faktycznego

Zgodnie z art. 146 ust 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁴⁶, Prezes Funduszu przed określeniem przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kryteriów oceny ofert i warunków wymaganych od świadczeniodawców, zasięgał opinii właściwych konsultantów krajowych odnośnie projektów zarządzeń w ww. sprawach w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna jak i w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna. W pismach do konsultantów wskazano termin składania opinii do 21 dni.

Ponadto, zgodnie z § 2 ust 2 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do rozporządzenia MZ z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁴⁷, Prezes Funduszu przed określeniem przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy, kryteriów oceny ofert i warunków wymaganych od świadczeniodawców zasięgał opinii Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców, m.in. z Zarządem Federacji Porozumienie Zielonogórskie. Na złożenie opinii wyznaczano termin do 21 dni.

Zarządzenia Prezesa NFZ określające warunki zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowej opieki zdrowotnej, tj. na rok 2012 – nr 85/2011/DSOZ z dnia 17 listopada 2011 r., na 2013 r. nr 86/2012/DSOZ z dnia 5 grudnia 2012 r. oraz na 2014 r. nr 69/2013/DSOZ z dnia 27 listopada 2013 r., zostały przekazane do oddziałów wojewódzkich odpowiednio w dniu 19 listopada 2011 r., w dniu 7 grudnia 2012 r. oraz w dniu 2 grudnia 2013 r.

Do Funduszu wpłynęły uwagi do projektów ww. zarządzeń, które były przedmiotem analiz, w wyniku których niewielka ich liczba została przyjęta przez Fundusz⁴⁸

Zarządzenia Prezesa NFZ określające warunki zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, tj. na 2012 r. nr 81/2011/DSOZ z dnia 4 listopada 2011 r., na 2013 r. - nr 71/2012/DSOZ z dnia 7 listopada 2012 r.

immunosupresyjnych oraz pozostałe niezbędne badania, 6 Posiew z antybiogramem w kierunku mycobacterium, 7 Próba wysiłkowa, 8 USG doppler duplex z kolorowym obrazowaniem przepływu, 9 Wykrywanie rna/dna za pomocą badań molekularnych (pcr/pfge).

⁴⁶ Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 ze zm.

⁴⁷ Dz. U. Nr 82, poz. 484

⁴⁸ Np. do projektu zarządzenia nr 86/2012/DSOZ wpłynęło 35 uwag z czego uwzględniono 4 uwagi nr 85/2011/DSOZ wpłynęło 125 zgłoszonych uwag uwzględniono 6.

oraz nr 82/2013/DSOZ z 17 grudnia 2013 r., przekazano do OW odpowiednio, w dniu 8 listopada 2011 r., w dniu 8 listopada 2012 r. oraz w dniu 19 grudnia 2013 r. Wydanie zarządzenia nr 82/2013/DSOZ związane było z dostosowaniem przepisów w związku ze zmianą ustawy z dnia 11 października 2013 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych ustaw⁴⁹ oraz z włączeniem do rozliczenia nowych świadczeń wprowadzonych rozporządzeniem MZ z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu AOS⁵⁰, opublikowanym w dniu 2 grudnia 2013 r.

Projekty zarządzeń w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (w tym załączniki dotyczące wyceny punktowej świadczeń) każdorazowo przekazywane były w ustawowym terminie do zaopiniowania konsultantom krajowym w poszczególnych dziedzinach medycyny. Podmioty opiniujące projekty zarządzeń Prezesa NFZ zgłaszały uwagi, które były przedmiotem analiz DSOZ. Niewielka liczba uwag została przyjęta do wykorzystania przez Prezesa NFZ w procesie tworzenia zarządzeń.

Do projektu zarządzenia nr 71/2012/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 7 listopada 2012 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, wpłynęło 26 uwag dotyczących m.in. zakresów diabetologii i kardiologii, z czego przyjęto do realizacji 3 uwagi, które dotyczyły: podwyższenia wyceny leczenia stopy cukrzycowej z 4 pkt na 6,5 pkt., dodanie do listy W1 spirometrii oraz EKG wycenionych na 10 pkt. i 13 pkt. oraz włączono do listy W2 cztery badania z zakresu kardiologii. Do projektu zarządzenia nr 82/2013/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, wpłynęło 16 uwag dotyczących diabetologii i kardiologii, w tym dotyczące zmiany wyceny świadczeń, kwalifikacji personelu, wprowadzenia dodatkowej kategorii badań, które uznano za niezasadne.

Narzędzia informatyczne w postaci szablonów postępowań, służących do tworzenia na poziomie OW definicji postępowań (zapytań ofertowych) zostały udostępnione dla AOS: na 2012 r. w dniu 4 listopada 2011 r., na 2013 r. 13 listopada 2012 r., na 2014 r. 31 grudnia 2013 r. z uwagi na konieczność dostosowania narzędzi informatycznych do przepisów ustawy z dnia 11 października 2013 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (...) ⁵¹, które weszły w życie 1 stycznia 2014 r. Do postępowań konkursowych, wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie tej ustawy, stosownie do art. 5, miały zastosowanie przepisy dotychczasowe.

Zarządzenia w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej zostały przekazane w niżej wymienionych terminach: na 2012 r. - w dniach 3 października 2011 r. i 8 listopada 2011r., na 2013 r. w dniu 10 listopada 2012 r. Natomiast na rok 2014 zarządzenie nr 3/2014/DSOZ z dnia 23 stycznia 2014 r. zostało przekazane do OW 28 stycznia 2014 r., ponieważ jak wyjaśniono różnorodność uwag, które wpłynęły do projektu zarządzenia opublikowanego w dniu 3 grudnia 2013 r., z terminem zgłaszania uwag do 24 grudnia 2013 r., wynikającym z przepisów prawa, wymagały całościowej analizy, m.in. w kontekście wcześniej wydanych zarządzeń. Postępowania konkursowe wszczęte przed 1 stycznia 2014 r. były prowadzone według przepisów zarządzenia nr 54/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 września 2011 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

⁴⁹ Dz. U. z 2013 r. poz. 1290.

⁵⁰ Dz. U. z 2013 r. poz. 1413

⁵¹ Dz. U. z 2013 r. poz. 1290.

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność w badanym obszarze.

3.5 Wpływ wprowadzenia trzykrotnej stawki kapitulacyjnej w POZ, za osoby przewlekle chore na cukrzycę i/lub choroby układu krążenia, na liczbę i wartość świadczeń AOS w kardiologii i diabetologii

Opis stanu faktycznego

Współczynnik 3,0 wprowadzono w POZ od 1 października 2008 r.

Średnioroczna liczba osób objętych wskaźnikiem 3,0 w 2012 r. wyniosła 4.681.608, w 2013 - 4 677 716 (niższa o 0,08%), a w 2014 (I półrocze) - 4 783 560 (wyższa o 2,18%). Grupa ta stanowiła w 2012 r. - 12,67% ogólnej liczby zadeklarowanych świadczeniobiorców w POZ, w 2013 12,64%, a w 2014 (I półrocze) 12,91%. Ze sprawozdań o liczbie wykonanych świadczeń wynikało, iż w 2012 r. udzielono 32.675.492 świadczenia 7.696.182 osobom (średnio 4 porady rocznie), i odpowiednio w 2013 r. 32.467.583 świadczenia dla 7.815.612 osób (średnio 4 porady rocznie), w I półroczu 2014 r. udzielono 16.539.597 świadczeń 7.656.380 osobom (średnio 2 porady).

Średnioroczna liczba pacjentów rozliczana współczynnikiem 3,0 w 2012 r. wyniosła 4.681.608 osób, w 2013 r. - 4.677.716 osób (nieznacznie zmalała o 0,08%) a w I półroczu 2014 r.- 4.783.560 osób (wzrost o 2,18% w stosunku do 2012 r.).

Koszt świadczeń osób rozliczanych współczynnikiem 3,0 w 2012 r. wynosił 1.349.555.929 zł, w 2013 r. - 1.353.274.295 zł (o 0,28% więcej), a w 2014 (I półrocze) - 688.656.127 zł

Jednocześnie koszty świadczeń AOS w zakresie diabetologii i kardiologii uległy zwiększeniu i wyniosły łącznie w 2012 r. 396.081.960 zł (wzrost w stosunku do roku 2011 o 29,07%), w 2013 r. 411.558.750 zł wzrost o 3,91% w stosunku do 2012 r.

NIK zwraca uwagę, że nie określono sposobu monitorowania przez NFZ procesu leczenia przewlekle chorych w POZ rozliczanych współczynnikiem 3,0, szczególnie wykonywania niezbędnych badań diagnostycznych.

W zarządzeniu Prezesa NFZ nr 85/2011/DSOZ z dnia 17 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, zawarto zapis - doprecyzowany w zarządzeniu nr 69/2013/DSOZ, iż „w trakcie leczenia osób przewlekle chorych z rozpoznaną i potwierdzoną diagnostycznie cukrzycą lub chorobą układu krążenia, lekarz POZ monitoruje proces leczenia poprzez wykonywanie niezbędnych dla tego celu badań diagnostycznych, spośród badań określonych dla POZ wykazem badań diagnostycznych zawartym w części IV załącznika Nr 1 do Rozporządzenia MZ”.

Świadczeniodawcy POZ przekazują sukcesywnie ogólne sprawozdania o rodzaju i liczbie wykonanych badań diagnostycznych, lecz tylko nieliczne badania można wyłącznie przyporządkować do świadczeniobiorców rozliczanych współczynnikiem 3,0, np. poziom glikozylacji hemoglobiny (HbA1c). W 2012 r. wykonano 299.241 tych badań, czym objęto ok 6,39% średniorocznej liczby pacjentów rozliczonych współczynnikiem 3,0 w związku z leczeniem cukrzycy i/lub choroby układu krążenia, w 2013 r. wykonano 337.613 badań i objęto 7,22% średniorocznej liczby pacjentów. Ustalono, że przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych⁵²,

Uwagi dotyczące badanej działalności

⁵² Dz. U. z 2013 r. poz. 1447. Rozporządzenie to zostało zmienione rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2014 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania

do 31 grudnia 2014 r. ograniczały możliwość gromadzenia szczegółowych informacji o wszystkich elementach działań diagnostycznych w powiązaniu ze świadczeniobiorcą, niezbędnych dla monitorowania procesu leczenia chorych zakwalifikowanych do grupy współczynnika 3,0. Dopiero od 1 stycznia 2015 r. po zmianie cytowanego wyżej rozporządzenia Ministra Zdrowia lekarze POZ zostali zobowiązani do przekazywania NFZ informacji o procesie leczenia i diagnozowania osób z rozpoznaną i potwierdzoną diagnostycznie cukrzycą i/lub chorobą układu krążenia.

NFZ analizował dane zbiorcze dotyczące liczby wykonanych badań diagnostycznych, które nie odzwierciedlały liczby badań wykonanych wyłącznie dla chorych rozliczanych współczynnikiem 3,0.

W 2012 r. Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej (DSOZ) sporządził za lata 2009 - 2012 analizę skutków finansowych wprowadzenia współczynnika 3,0 korygującego stawkę kapitałową, w odniesieniu do osób chorych na cukrzycę i choroby układu krążenia prowadzonych przez lekarza POZ.

Z analizy tej wynikało m.in., iż w POZ:

- wystąpił wzrost kosztów kapitałowego finansowania świadczeń lekarza POZ o ok. 15,31%,
- najliczniejszą grupą rozliczanych z zastosowaniem współczynnika 3,0 były osoby w wieku 20-65 lat - 2.344.492 (50,40%) oraz powyżej 65 r.ż. - 2.276.691 (48,95%).
- średni czas oczekiwania na poradę w AOS w I półroczu 2012 r. w porównaniu do I półrocza 2011 r. uległ nieznacznemu wydłużeniu⁵³,
- wprowadzenie współczynnika 3,0 w POZ nie przyniosło efektywności finansowej w postaci zmniejszenia wydatków w AOS (wartość rozliczonych świadczeń wg danych na 14.08.2012 r.) wyniosła w 2009 r. – 308.807.299,48 zł, w 2010 r. – 307.666.350,90 zł, w 2011 r. 335.197.579,99 zł), co zdaniem NFZ skierowania do lekarzy specjalistów wydawane pacjentom przez lekarzy POZ wpływają na poziom wydatków AOS, jednak celem wprowadzenia współczynnika 3,0 nie było ograniczenie świadczeniobiorcom możliwości skorzystania z opieki specjalistów, ale skierowania do specjalistów AOS powinny odbywać się jedynie w sytuacji kiedy lekarz POZ nie może samodzielnie osiągnąć celu diagnostyczno – terapeutycznego wynikającego z oceny stanu zdrowia i potrzeb zdrowotnych pacjenta;
- koszty finansowanych świadczeń w POZ w przeliczeniu na jedną poradę były niższe niż w AOS i stanowiły od 19,01 zł w 2009 r. do 19,27 zł w 2012 r. (I półrocze) natomiast w AOS od 43,93 zł w 2009 r. do 58,0 zł w 2012 (I półrocze). Zdaniem NFZ wprowadzony w połowie 2011 r. nowy system rozliczania świadczeń w oparciu o JGP⁵⁴ spowodował zróżnicowanie świadczeń AOS, zarówno pod względem merytorycznym jak i cenowym, w poradniach AOS znalazły się wysoko wycenione świadczenia związane z wykonaniem zabiegów i kosztownych badań diagnostycznych.

W wyniku kontroli świadczeniodawców stwierdzono istotne braki w postępowaniu diagnostycznym w odniesieniu do przedmiotowej grupy osób, co było sprzeczne z zapisem do warunków umowy o obowiązku monitorowania procesów leczenia osób przewlekle chorych z rozpoznaną i potwierdzoną diagnostycznie cukrzycą lub chorobą układu krążenia, poprzez wykonywanie niezbędnych dla tego celu badań diagnostycznych.

podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1986) z dniem 1 stycznia 2015 r.

⁵³ Dla poradni kardiologicznych z 65 dni do 68 dni – o ok. 4,6%, dla poradni diabetologicznych z 35 do 39 dni (o ok.11,4%), dla poradni chorób naczyni z 68 do 82 dni (o 20,6%), dla poradni kardiologicznych – z 8 do 17 dni (o 112,5%), dla poradni chirurgii naczyni z 69 do 77 dni (o 11,6%).

⁵⁴ Jednorodne grupy pacjentów.

Zdaniem NIK wyegzekwowanie tego obowiązku było niemożliwe na skutek braku określonych standardów świadczeń dla tej grupy osób oraz braku możliwości monitorowania procesu leczenia tych chorych.

Fundusz podjął działania na etapie projektu zarządzenia określającego warunki zawierania i realizacji umów na rok 2010, w uzgodnieniu z konsultantami krajowymi w dziedzinie kardiologii i diabetologii, zaproponował wykaz badań kwalifikowanych do rozliczenia współczynnikiem 3,0 oraz wymaganą częstość ich wykonywania w ciągu roku dla osób przewlekle chorych z rozpozną i potwierdzoną cukrzycą⁵⁵ oraz dla chorych z rozpozną i potwierdzoną diagnostycznie chorobą układu krążenia⁵⁶. Jednak na skutek sprzeciwu reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców, projektowane ww. rozwiązania nie zostały uwzględnione w zarządzeniu⁵⁷.

[Dowód: akta kontroli str. 788-822, 911-912, 917-919,921]

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia działalność NFZ w badanym obszarze, zwracając uwagę że nie osiągnięto zakładanych celów, tj. m.in. obniżenia kosztów świadczeń w AOS w zakresie diabetologii i kardiologii oraz kompleksowości świadczeń w POZ, polegającej głównie na wykonaniu niezbędnych badań diagnostycznych w procesie leczenia chorych zakwalifikowanych do grupy współczynnika 3,0.

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 Kontroli⁵⁸, wnosi o:

1. Podjęcie działań na rzecz zahamowania spadku liczby wykonywanych świadczeń profilaktycznych na poziomie POZ, w tym CHUK, chorób odżytoniowych i POChP oraz profilaktyki gruźlicy.
2. Wprowadzenie rozwiązań w KAOS nad pacjentem z cukrzycą, pozwalających na finansowanie świadczeń stawką kapitaacyjną jedynie w przypadkach pełnego wykonania minimalnej liczby porad określonej w zarządzeniu Prezesa NFZ.

⁵⁵ 1/ dla osób przewlekle chorych z rozpozną i potwierdzoną cukrzycą: HbA1c minimum 1 raz w roku kalendarzowym, cholesterol całkowity 1 raz w roku kalendarzowym, HDL, LDL – 1 raz w roku kalendarzowym, trójglicerydy -1 raz w roku kalendarzowym, badanie ogólne moczu 1 raz w roku kalendarzowym, kreatynina – 1 raz w roku kalendarzowym.

⁵⁶ Dla osób chorych z rozpozną i potwierdzoną diagnostycznie chorobą układu krążenia: badanie EKG minimum raz w kwartale dla chorych po OZW, pozostali raz w roku kalendarzowym, ciśnienie tętnicze krwi podczas każdej wizyty, masa ciała minimum raz w roku kalendarzowym, cukier w surowicy krwi – minimum raz w roku kalendarzowym, cholesterol całkowity – 2 razy w roku kalendarzowym, HDL, LDL – minimum 1 raz w roku kalendarzowym, trójglicerydy – minimum 1 razy w roku kalendarzowym, badanie ogólne moczu minimum 1 raz w roku kalendarzowym, jonogram (sód, potas) – minimum 1 raz w roku kalendarzowym, próby wątrobowe – minimum 1 raz w roku kalendarzowym, kreatynina, mocznik- minimum 1 raz w roku kalendarzowym, INR – u leczonych przeciwzakrzepowo minimum 1 raz w roku kalendarzowym, HbA1C u leczonych z powodu cukrzycy minimum 1 raz w roku kalendarzowym, morfologia – minimum 1 raz w roku kalendarzowym.

⁵⁷ Zaproponowane wykazy badań zostały przez Fundusz wycenione następująco:

dla pacjentów z cukrzycą -48,82 zł, pacjent z CHUK po OZW – 260,47 zł, , pacjent z CHUK i z cukrzycą - 113,16 zł, pacjent z CHUK po OZW i z cukrzycą 283,47 zł .

⁵⁸ 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 23 stycznia 2015 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Departament Zdrowia

Dyrektor
Piotr Wasilewski

.....
podpis