



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
DEPARTAMENT ZDROWIA

KZD.411.2.1.2024

Pan
Filip Nowak
Prezes
Narodowego Funduszu Zdrowia
ul. Rakowiecka 26/30
02-528 Warszawa

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

zmienione uchwałą KPK-KPO.441.176.2024
Zespołu Orzekającego Komisji Rozstrzygającej w Najwyższej Izbie Kontroli z 2 grudnia 2024 r.

R/24/001/KZD Ambulatoryjna opieka specjalistyczna dla dzieci

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Narodowy Fundusz Zdrowia Mazowiecki Oddział Wojewódzki w Warszawie ¹ .
Kierownik jednostki kontrolowanej	Filip Nowak, Prezes NFZ od 9 listopada 2021 r., W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnili: Filip Nowak, p.o. Prezesa NFZ, od 26 sierpnia 2020 r. do 8 listopada 2021 r.; Katarzyna Słodka, Dyrektor Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, wykonująca zadania Prezesa NFZ, w ramach udzielonego pełnomocnictwa, od dnia 21 maja 2024 r.; Katarzyna Słodka, p.o. Dyrektora Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, wykonująca zadania Prezesa NFZ, w ramach udzielonego pełnomocnictwa, od 29 lutego 2024 r. do 20 maja 2024 r.; Zbigniew Terek, Dyrektor Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, wykonujący zadania Prezesa NFZ, w ramach udzielonego pełnomocnictwa od 20 sierpnia 2020 r. do 28 lutego 2024 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	Zapotrzebowanie na świadczenia AOS ² dla dzieci. Zawieranie umów na realizację świadczeń AOS dla dzieci. Nadzór nad realizacją świadczeń AOS dla dzieci.
Okres objęty kontrolą	Od 1 stycznia 2021 r. do dnia zakończenia kontroli, z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, a dotyczących okresu objętego kontrolą.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Ar. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ³
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia
Kontrolerzy	1. Tomasz Marcin Grudziński, Główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr KZD/24/2024 z 6 maja 2024 r. 2. Marcin Czyżewski, Specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr KZD/23/2024 z 6 maja 2024 r.

(akta kontroli str. 1-60,70-74)

¹ Dalej: „MOW NFZ” lub „Oddział”.

² Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna.

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

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Działania MOW NFZ w zakresie zapewnienia porównywalnego dostępu do świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej udzielanych dzieciom i młodzieży do ukończenia 18 r.ż.⁵ na obszarze województwa mazowieckiego nie były w pełni skuteczne. Nie doprowadziły bowiem do zmniejszenia liczby oczekujących i skrócenia średniego rzeczywistego czasu oczekiwania⁶ w odniesieniu do 15 na 20 zakresów świadczeń, dla których na koniec I kw. 2024 były prowadzone listy oczekujących.

MOW NFZ zapewnił ciągłość i dostępność do AOS zawierając aneksy do umów z wykonawcami wyłonionymi wcześniej w drodze konkursu, o którym mowa w art. 139 ust. 1 ustawy o świadczeniach. Średni czas oczekiwania i liczba oczekujących w latach 2021 - I kwartał 2024 r., w większości zakresów, wykazywały tendencję rosnącą, w szczególności w odniesieniu do poradni gastroenterologii dla dzieci, dla której średni czas oczekiwania (w I kwartale 2024 r.) wydłużył się o 245,0% (w stosunku do 2021 r.) a liczba oczekujących o 161,1%, alergologii dla dzieci odpowiednio 91,3% i 64,9% oraz poradni wad postawy o 52,1% i 49,2%.

Nie zrealizowano wskazanych w Wojewódzkim Planie Transformacji⁷ rekomendacji dotyczących zwiększenia dostępności do poradni specjalistycznych, skrócenia czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń, jak również nie osiągnięto zakładanej wartości wskaźnika corocznego wzrostu liczby porad pierwszorazowych, co NIK ocenia negatywnie. W ocenie NIK, dane przekazywane przez MOW NFZ i zamieszczone w WPT, dotyczące liczby udzielonych porad pierwszorazowych, były nierzetelne.

Oddział prawidłowo monitorował realizację umów ze świadczeniodawcami, prowadził weryfikację i weryfikację składanych przez podmioty raportów statystycznych dokonując stosownych korekt. Jednak z uwagi na stwierdzone pojedyncze przypadki ograniczania dostępności przez świadczeniodawców, które nie zostały wykryte przez Oddział, działania w zakresie nadzoru nad realizacją umów trudno uznać za w pełni skuteczne. Realizacja procesu rozpatrywania skarg była co do zasady prawidłowa, stwierdzono jednak przypadki naruszeń przyjętych regulacji i braku właściwej współpracy wewnątrz MOW NFZ.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej⁸ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Zapotrzebowanie na świadczenia AOS dla dzieci.

1.1 Proces planowania zakupu świadczeń AOS dla dzieci.

Opis stanu faktycznego

Mazowiecki OW NFZ w planie finansowym zaplanował koszty świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w latach 2021-2024 w łącznej wysokości 7 449 960 tys. zł, z czego w 2021 r. - 1 151 387 tys. zł (8,6% kosztów świadczeń opieki zdrowotnej), 1 718 484 tys. zł w 2022 (12,2%, wzrost kosztów w stosunku do

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

⁵ Dotyczy świadczeń udzielanych w zakresach ogólnych jak również w zakresach wyodrębnionych wyłącznie dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 r.ż. jak również udzielanych w ramach zakresów ogólnych, które były przez świadczeniodawców sprawozdawane i rozliczane przez NFZ w ramach zawartych umów.

⁶ Dalej: „średni czas oczekiwania”.

⁷ Dalej: „WTP”.

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

roku poprzedniego o 49,3%), 2 206 545 tys. zł w 2023 r. (12,6%, wzrost kosztów o 28,4%) oraz w 2024 r. 2 373 544 tys. zł (14,1%, wzrost kosztów o 7,6%).

W roku 2021 w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna obowiązywało 818 umów z 528 świadczeniodawcami na kwotę 1 049 234,85 tys. zł, z czego w AOS dla dzieci były to 122 umowy ze 100 świadczeniodawcami na kwotę 60 803,39 tys. zł (tj. 5,8% ogółu kwoty na świadczenia AOS). W roku 2022 obowiązywało 786 umów z 514 świadczeniodawcami na kwotę 1 605 273,03 tys. zł, z czego w zakresach AOS dla dzieci było to 126 umów z 98 podmiotami na łączną kwotę 76 673,10 tys. zł (tj. 4,7%). W roku 2023 obowiązywały 822 umowy zawarte z 520 podmiotami na kwotę 2 095 111,39 tys. zł natomiast w zakresach dziecięcych obowiązywały 128 umowy ze 103 podmiotami na kwotę 97 257,42 tys. zł (tj. 4,6% ogółu wartości wszystkich umów w AOS).

W roku 2021 w województwie mazowieckim w rodzaju AOS udzielono łącznie 9 159 481 porad dla 4 737 710 pacjentów, z czego na rzecz osób poniżej 18 r.ż. 1 160 111 porad dla 361 520 pacjentów, co stanowiło 12,7% wszystkich udzielonych porad. W roku 2022 było to 9 713 877 porad dla 5 152 182 pacjentów, a na rzecz osób poniżej 18 r.ż. 1 253 422 porad, 389 196 pacjentów, co stanowiło 12,9% wszystkich udzielonych porad. W 2023 r. udzielono łącznie 10 473 836 porad 5 586 195 pacjentom, a dla osób poniżej 18 r.ż. 1 338 957 porad 405 482 pacjentom, co stanowiło 12,8% wszystkich porad w roku. W latach 2021-2023 ponad połowa udzielonych porad dotyczyła zakresów: chirurgii dziecięcej, okulistyki dla dzieci, alergologii dla dzieci, otolaryngologii dziecięcej oraz neurologii dziecięcej.

W roku 2021 łącznie na rzecz osób poniżej 18 r.ż. udzielono 119 569 porad pierwszorazowych⁹ z czego 89 617 w zakresach dziecięcych. W 2022 r. liczba porad pierwszorazowych dla osób poniżej 18 r.ż. wzrosła do 133 169 tj. 11,4% w stosunku do roku poprzedniego, natomiast w zakresach dziecięcych był to wzrost do 92 603 porad tj. o 12,4%. W roku 2023 liczba porad pierwszorazowych dla osób poniżej 18 r.ż. wzrosła do 151 547 porad, tj. o 13,8% w stosunku do roku poprzedniego (o 26,7% w stosunku do roku 2021), natomiast w zakresach dziecięcych był to spadek do 80 246 porad, tj. o 13,3%. W badanym okresie ponad połowa udzielonych porad pierwszorazowych dla osób poniżej 18 r.ż. została udzielana w zakresach: dermatologii i wenerologii, neurologii, alergologii oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci. Dla zakresów AOS dla dzieci, w latach 2021-2023 ponad połowa udzielonych porad pierwszorazowych została udzielona w zakresach: ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci, neurologii dziecięcej oraz alergologii dla dzieci.

Liczba badań diagnostycznych udzielonych osobom poniżej 18 r. ż. wykonywanych w ramach AOS – Ambulatoryjne Świadczenia Diagnostyczne Kosztochłonne wykazuje coroczny wzrost. W latach 2021-2023 wykonano łącznie 52 023 badań z czego w poszczególnych latach odpowiednio: 14 190, 17 105 (wzrost o 20,5%) oraz 20 728 (wzrost o 21,2% w stosunku do roku 2022, oraz 46,1% w stosunku do liczby badań w 2021 r.).

Świadczenia zabiegowe¹⁰ udzielone dla dzieci <18 r.ż. we wszystkich zakresach AOS rosły rok do roku. W 2021 r. tego typu porad udzielono 211 125, w kolejnym roku odnotowano wzrost o 15,0%, tj. 242 847 porad, natomiast w 2023 r. były to 268 712 porady (tj. wzrost o 10,7% w stosunku do roku poprzedniego i 27,3% w stosunku do roku 2021).

(akta kontroli str. 101-112, 117-185, 424-439, 1282-1292, CD-1)

⁹ Grupa JGP - WP1 Porada Początkowa - Świadczenia Pierwszorazowe.

¹⁰ Grupy JGP – Z.

W okresie 2021 r.- I kwartał 2024 r. w przypadku 15 na 20¹¹ zakresów świadczeń AOS dla dzieci wzrósł średni czas oczekiwania (wynoszący od 12,5% do 245,9%), a także liczba osób oczekujących (11,8% do 143,9%). Analizą objęto zakresy o najdłuższym średnim czasie oczekiwania i dużej liczbie oczekujących. Dla świadczeń:

- w zakresie endokrynologii czas oczekiwania na koniec 2021 r. 330 dni (liczba oczekujących 269 osób), na koniec 2022 – 536 dni (312 osób oczekujących), na koniec 2023 r. - 412 dni (549 oczekujących) na koniec I kwartału 2024 r. - 418 dni (617 oczekujących). W analizowanym okresie 2021 r. – 2024 r. wzrost średniego czasu oczekiwania wyniósł 26,6%, przy wzroście liczby oczekujących o 29,4%;
- poradnia wad postawy: średni czas oczekiwania na koniec 2021 r. - 110 dni (1392 oczekujących), na koniec 2022 r. - 141 dni (2209 oczekujących), na koniec 2023 r. - 186 dni (1827 oczekujących), na koniec I kwartału 2024 r. - 168 dni (2077 oczekujących). Wzrost średniego czasu oczekiwania o 52,1%, a liczby oczekujących o 49,2%;
- poradnia okulistyczna dla dzieci na koniec 2021 r. średni czas oczekiwania - 184 dni (4941 oczekujących), na koniec 2022 r. - 210 dni (5656 oczekujących), na koniec 2023 r. – 332 dni (5927 oczekujących), na koniec I kwartału 2024 r. – 314 dni (6434 oczekujących). Średni czas oczekiwania wzrósł o 70,2%, a liczba oczekujących o 30,2%;
- poradnia neurologiczna dla dzieci: średni czas oczekiwania na koniec 2021 r. - 203 dni (2697 oczekujących), na koniec 2022 r. – 267 dni (3144 oczekujących), na koniec 2023 r – 271 dni (3783 oczekujących), na koniec I kwartału 2024 r. – 268 dni (3960 oczekujących). Wzrost średniego czasu oczekiwania o 31,9%, a liczby oczekujących o 46,8%;
- poradnia nefrologiczna dla dzieci: średni czas oczekiwania na koniec 2021 r. – 74 dni (151 oczekujących), na koniec 2022 r. - 93 dni (240 oczekujących), na koniec 2023 r. – 191 dni (334 oczekujących), na koniec I kwartału 2024 r. 207 dni (343 oczekujących). Wzrost średniego czasu oczekiwania o 81% i liczby oczekujących o 27,2%;
- poradnia gastroenterologiczna dla dzieci: średni czas oczekiwania na koniec 2021 r. – 37 dni (54 oczekujących), na koniec 2022 r. - 83 dni (104 oczekujących), na koniec 2023 r. – 162 dni (125 oczekujących), na koniec I kwartału 2024 r. - 128 dni (141 oczekujących). Wzrost średniego czasu oczekiwania o 245% i liczby oczekujących o 161,1%;
- poradnia chorób płuc dla dzieci: czas na koniec 2021 r. – 132 dni (50 oczekujących), na koniec 2022 r. - 223 dni (79 oczekujących), na koniec 2023 r. – 239 dni (76 oczekujących), na koniec I kwartału 2024 r. - 192 dni (74 oczekujących). Wzrost średniego czasu oczekiwania o 48% i liczby oczekujących o 45,5%;
- poradnia alergologiczna dla dzieci: czas na koniec 2021 r. – 171 dni (2824 oczekujących), na koniec 2022 r. - 264 dni (3966 oczekujących), na koniec 2023 r. – 315 dni (4210 oczekujących), na koniec I kwartału 2024 r. - 327 dni (4657 oczekujących). Wzrost średniego czasu oczekiwania o 91,3% i liczby oczekujących o 64,9%;
- świadczenia z zakresu kardiologii: na koniec 2021 r. czas oczekiwania 141 dni (1444 oczekujących), na koniec 2022 r. – 158 dni (1571 oczekujących), na koniec 2023 r. – 230 dni (1938 oczekujących), na koniec I kwartału 2024 r. – 204 dni (1939 oczekujących). Wzrost średniego czasu oczekiwania o 45,1% i liczby oczekujących o 34,3%.

¹¹ W odniesieniu do których prowadzono listy oczekujących na udzielenie świadczeń na koniec I kw. 2024 r.

Powyższe dane wykazują na zmniejszenie dostępności do świadczeń dla osób poniżej 18 r. ż. w powyższych zakresach, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

W kontrolowanym okresie jedynie w przypadku trzech zakresów świadczeń nastąpił spadek zarówno średniego czasu oczekiwania, jak i liczby oczekujących na udzielenie świadczenia, natomiast w odniesieniu do jednego¹² zakresu odnotowano wzrost liczby oczekujących przy skróceniu się czasu oczekiwania; również w przypadku jednego zakresu¹³, nie odnotowano osób oczekujących na udzielenie świadczenia.

1.2 Realizacja Wojewódzkiego Planu Transformacji.

Wojewódzki Plan Transformacji został wprowadzony 31 grudnia 2021 r.¹⁴. Określono w nim m.in. rekomendacje, działania, oczekiwane rezultaty, podmioty odpowiedzialne, okres realizacji oraz szacunkowe koszty działań.

Rekomendacje odnoszące się do AOS, w tym dotyczących świadczeń dla dzieci wskazywały na konieczność m.in. zwiększenia dostępności do poradni specjalistycznych, w których czas oczekiwania był najdłuższy i ujęte były w rekomendacji 5.4. W tym celu przewidywała ona utworzenie nowych poradni na obszarze województwa mazowieckiego, w tym dedykowanych dla osób poniżej 18 r.ż., w szczególności w dziedzinach medycyny: endokrynologia, choroby płuc, neurochirurgia, chirurgia naczyniowa, urologia, genetyka, reumatologia, hematologia, alergologia, gastroenterologia, kardiologia. Za realizację działania odpowiedzialne były podmioty wykonujące działalność leczniczą jak również jednostki samorządu terytorialnego. Podstawą do wyliczenia wskaźników były dane przekazane przez MOW NFZ.

Z kolei zgodnie z rekomendacją 5.5. zakładano przeprowadzenie postępowań konkursowych we wskazanych zakresach¹⁵, w tym dedykowanych dla osób poniżej 18 r.ż., w celu zwiększenia liczby miejsc udzielania świadczeń oraz zwiększenia o 25% liczby porad pierwszorazowych rok do roku. Przyjęty wskaźnik realizacji działania określono jako liczbę porad w stosunku do roku poprzedniego. Odpowiedzialnym za realizację działania był MOW NFZ, a podstawą wyliczenia wskaźników były dane z systemów informatycznych Oddziału.

W sprawozdaniach z realizacji WPT za 2022 r. oraz za 2023 r., w odniesieniu do stanu realizacji rekomendacji 5.5. wykazano inną liczbę porad pierwszorazowych w stosunku do roku poprzedniego, niż wynikająca z danych przedłożonych w toku kontroli, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

W 2022 r. udzielono 338 923 porad pierwszorazowych (bez zakresu urologii i neurochirurgii¹⁶), co stanowiło wzrost o 7,5% w stosunku do 2021 r., w którym udzielono ich 315 291. W 2023 r. udzielono 383 774 porad pierwszorazowych, co stanowiło wzrost o 13,2% w stosunku do roku 2022. Przyjęto wartość docelową w wielkości kolidującej z uzyskiwaniem corocznego wzrostu porad pierwszorazowych o 25% zgodnie z działaniem 5.5.1 WPT. Przyjęta bowiem wartość bazowa (za rok

¹² Dotyczy poradni chirurgii onkologicznej dla dzieci.

¹³ Dotyczy poradni chorób metabolicznych dla dzieci.

¹⁴ Dz. Urz. Woj. Maz. poz. 12691.

¹⁵ Endokrynologia, choroby płuc, neurochirurgia, chirurgia naczyniowa, urologia, genetyka, reumatologia, hematologia, alergologia, gastroenterologia i kardiologia.

¹⁶ Dla wskazanych zakresów NFZ nie wyodrębnia świadczeń pierwszorazowych. Liczba udzielonych porad, bez zakresów pierwszorazowych wynosiła odpowiednio: 2 264 768 w 2022 r. co stanowiło wzrost o 2,9% w stosunku do 2021 r. (2 201 029), natomiast w 2023 r. udzielono 2 420 306 porad co stanowiło wzrost o 6,9% do roku 2022.

2021) została wykazana jako 301 813 porad, natomiast docelowa (na koniec 2024 r.) jako 333 500, co wskazuje wzrost o 10,5 % i odbiega od oczekiwanego wzrostu 25%.
(akta kontroli str. 909-930, 996-1075, 1190-1221)

1.3 Realizacja świadczeń.

W latach 2021-2023 udzielono łącznie 3 760 381 porad w rodzaju AOS na rzecz pacjentów poniżej 18 r.ż., z czego w poszczególnych latach udzielono odpowiednio: 1 166 026 porad dla 361 746 osób (unikalne nr PESEL), 1 254 823 dla 389 466 osób oraz 1 339 523 porady dla 405 675 osób. W całym kontrolowanym okresie najliczniejszą grupę stanowili pacjenci, którzy skorzystali z porady jednokrotnie, było to odpowiednio: 37,8%, 40,4% i 41,1% wszystkich pacjentów. Podobne wskaźniki dotyczyły pacjentów, którzy skorzystali z porad dwu lub trzykrotnie (36,3%, 39,6% i 41,2%). Pacjenci korzystający z porad cztery lub więcej razy stanowili między 26,0%, a 29,9% wszystkich pacjentów.

(akta kontroli str. 200-346)

W 2023 r. konsultanci wojewódzcy skierowali do MOW NFZ dwie¹⁷ prośby o udzielenie informacji dotyczących wykazu placówek udzielających świadczeń we wskazanych zakresach. W 2023 r. do Oddziału wpłynęła również *Informacja z raportów konsultantów wojewódzkich za 2022 r. z Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie*¹⁸. Konsultanci wojewódzcy wskazywali w niej m.in. na nierównomierny dostęp do specjalistów, długi czas oczekiwania na udzielenie świadczeń, niską wycenę świadczeń oraz problem nieodwoływanych wizyt przez pacjentów. Dyrektor MOW NFZ wyjaśniła, że przy planowaniu uzupełniających postępowań konkursowych w rodzaju AOS dla dzieci analizowano dostępność w zakresach świadczeń wskazanych w ww. informacji, brano także pod uwagę czas oczekiwania na udzielenie świadczenia, co zostało uwzględnione we wniosku dotyczącym postępowań z 20 października 2023 r. w ramach, których planowano zawarcie umów od kwietnia 2024 r. do kwietnia 2029 r.

(akta kontroli str. 136-149, 822-830, 981-991)

W okresie objętym kontrolą średnia cena w badanych poniżej wskazanych trzech zakresach świadczeń rosła rok do roku. W zakresie alergologii dla dzieci średnia cena w 2021 r. wynosiła 1,08 zł za punkt rozliczeniowy osiągając w 2024 r. wartość 1,71 zł, tj. o 57,3% więcej. Równocześnie odnotowano wzrost liczby udzielonych świadczeń, o 9,9% (w 2021 r. udzielono 55 726 porad, a w 2024 r. 61 218). W zakresie kardiologii dziecięcej średnia cena punktu w 2021 r. wynosiła 1,19 zł osiągając w 2024 r. wartość 1,76 zł, tj. o 48,5% więcej. Odnotowano wzrost liczby udzielonych świadczeń o 1,1% w kontrolowanym okresie (w 2021 r. udzielono 15 487 porad, a w 2024 r. 15 386). W zakresie leczenia wad postawy u dzieci i młodzieży średnia cena punktu w 2021 r. wynosiła 0,92 zł osiągając w 2024 r. wartość 1,64 zł, tj. o 78,0% więcej. Odnotowano wzrost liczby udzielonych świadczeń o 14,7% w kontrolowanym okresie (w 2021 r. udzielono 6718 porad, w 2024 r. 7413).

(akta kontroli str. 136-159, 186-194, CD-1)

¹⁷ 14 marca 2023 r. Konsultant Wojewódzka w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego skierowała prośbę o przekazanie informacji o licznie poradni diabetologicznych dla dorosłych i dzieci oraz podmiotów realizujących świadczenia w POZ w ramach opieki koordynowanej w zakresie diabetologii oraz 20 marca 2023 r. Konsultant Wojewódzka w dziedzinie immunologii klinicznej skierowała prośbę o przekazanie informacji o placówkach udzielających świadczeń w zakresie immunologii klinicznej (poradnie oraz oddziały dla dzieci i dorosłych, programy lekowe).

¹⁸ Pismo z 18 sierpnia 2023 r. znak: WZ-I.962.64.2023.

1.4 Dokonywanie zakupu świadczeń.

Opis stanu
faktycznego

Plan finansowy NFZ opracowywany jest dla poszczególnych rodzajów świadczeń; bez wyszczególniania świadczeń udzielanych w ramach AOS dla dzieci.

W pierwotnym planie finansowym na 2021 r. zaplanowano kwotę 892 244 tys. zł na pokrycie kosztów świadczeń w rodzaju AOS. W ciągu roku kwota na te świadczenia uległa zwiększeniu do 1 151 387 tys. zł, tj. o 29,0%. W 2022 r. kwota zaplanowana na świadczenia AOS w pierwotnym planie wyniosła 943 172 tys. zł i uległa zwiększeniu na koniec roku do kwoty 1 718 484 tys. zł, tj. o 82,2%. Zwiększenia wynikały m.in. z realizacji poleceń Ministra Zdrowia dotyczących przeciwdziałania COVID-19 oraz zadań, o których mowa w art. 37 ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa¹⁹, z przeznaczeniem na pokrycie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej. W pierwotnym planie finansowym na 2023 r. zaplanowano kwotę 2 102 054 tys. zł na świadczenia w rodzaju AOS, w ciągu roku kwota na te świadczenia uległa zwiększeniu do 2 206 545 tys. zł, tj. o 5,0%. Pierwotny plan finansowy na 2024 r. wynosił 2 284 215 tys. zł i do końca I kwartału został zwiększony do kwoty 2 373 544, tj. o 3,9%.

(akta kontroli str. 160-171, 424-678)

Podstawą do tworzenia obszarów kontraktowania był aktualny podział administracyjny województwa. Dyrektor MOW NFZ wskazała, że Oddział prowadził uzupełniające postępowania konkursowe w celu poszerzenia dostępności świadczeń w poradniach specjalistycznych, w tym dla dzieci. Wyjaśniono, że planując kontraktowanie świadczeń, Oddział analizował wskaźniki zabezpieczenia świadczeń, aktualne terminy leczenia, dostępność potencjału, a także uwzględniał cele określone w Strategii NFZ, WTP i Priorytetach Zdrowotnych.

(akta kontroli str. 822-926)

Przed ogłoszeniem konkursów ofert w 2021 roku wystosowano do wszystkich starostów województwa mazowieckiego pismem prośbę o współpracę, polegającą na zaktywizowaniu działających na ich terenie placówek medycznych, dysponujących odpowiednim potencjałem oraz spełniających wymagania i warunki do realizacji świadczeń, do złożenia ofert w postępowaniach konkursowych. Działanie to miało na celu dotarcie do podmiotów leczniczych funkcjonujących na obszarach o niższym wskaźniku dostępności, tj. mniejszych miast, gmin miejskich i wiejskich, a tym samym zakontraktowanie świadczeń bliżej pacjenta. Jak wyjaśniła Dyrektor MOW NFZ, dane z przeprowadzonych w latach 2021-2023 postępowań konkursowych poprzedzających zawarcie umów na świadczenia w poradniach, w których mogły składać oferty podmioty z obszarów poza m.st. Warszawa wykazały, iż na jedno postępowanie konkursowe wpływa średnio mniej niż jedna oferta (0,84 oferty). Natomiast średnia liczba złożonych ofert w postępowaniach, w których wpłynęła chociaż jedna oferta wynosiła 1,66 (najwięcej to osiem ofert na postępowanie nie dotyczące zakresu dziecięcego). Ponadto Dyrektor wskazała, że poradnie specjalistyczne dziecięce udzielające świadczeń w umowach zawartych w okresie 2021-2023, (36 miejsc udzielania świadczeń) w większości znajdują się w miastach powiatowych, a tylko sześć poza nimi (w tym cztery w bliskiej odległości od Warszawy). Dyrektor zwróciła uwagę, że pomimo prowadzonych uzupełniających postępowań konkursowych, zainteresowanie złożeniem oferty było znikome. Jako przykład wskazano próbę zakontraktowania świadczeń w zakresie alergologii dla dzieci, dla której zmieniono obszar kontraktowania i ogłoszono postępowania konkursowe na obszarach 32 powiatów, w których brak było poradni (wcześniej kontraktowane były na województwo i następnie na subregiony). Rozstrzygnięto tylko

¹⁹ Dz.U. z 2024 r. poz.167

dwa postępowania w wyniku których zawarto dwie umowy. Dyrektor wskazała, iż z uwagi na koncentrację podmiotów udzielających świadczeń w dużych miastach, w których znajdują się ośrodki kształcenia i łatwiej pozyskać tam personel medyczny, MOW NFZ w 2023 r. ogłosił konkurs na zawarcie umowy w zakresie alergologia dla dzieci dla terenu stolicy, w jego trakcie złożono dwie oferty i zawarto jedną umowę. Dyrektor MOW NFZ podkreśliła, że przy obecnym deficycie kadr medycznych, zakontraktowanie świadczeń z dala od dużych ośrodków jest bardzo trudne.

(akta kontroli str. 61-69, 136-159, 981-991, CD-1)

W okresie objętym kontrolą MOW NFZ dokonał analizy zabezpieczenia świadczeń AOS²⁰, w tym dotyczących świadczeń dla dzieci. Z analizy wynika, że do 17 stycznia 2023 r. do MOW NFZ wpłynęło 277 zgłoszeń dotyczących 134 świadczeniodawców, którzy wnioskowali o ogłoszenie konkursów ofert na udzielanie świadczeń w AOS. Spośród tych wniosków, 30 dotyczyło ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych, pozostałe 247 dotyczyło zawarcia umów na świadczenia w poradniach specjalistycznych, 11 zgłoszeń obejmowało obszary, w których występują tzw. „białe plamy” i dotyczyły one zakresów: alergologii, alergologii dla dzieci, dermatologii i wenerologii, diabetologii, logopedii, neurologii oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu. W analizie stwierdzono również, że w 2022 r. ubyło 41 miejsc udzielania świadczeń, w tym 30 z powodu rozwiązania umowy/pozycji umowy. Głównymi przyczynami rozwiązywania umów/zakresów był brak personelu wynikający np. rezygnacji z pracy w sektorze publicznym lub przejścia na emeryturę. We wnioskach z analizy wskazano m.in. braki kadrowe na rynku medycznym. Zjawisko to uległo nasileniu w okresie pandemii COVID-19 i trend ten sukcesywnie się pogłębiał, skutkując obniżeniem dostępności świadczeń. Problem dotyczył świadczeń udzielanych zarówno w ramach umów podstawowego systemu zabezpieczenia świadczeń, jak i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Stwierdzono także, że z uwagi na nielimitowane finansowanie ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, zasadne jest skierowanie strumienia finansowego w kierunku faktycznej możliwości ich realizacji, co może wpłynąć na realną szansę zwiększenia liczby miejsc udzielania świadczeń, tym samym skrócenia bądź zapobieżenia wydłużaniu się terminów oczekiwania na udzielenie świadczeń.

Podsumowanie przeprowadzonej analizy wskazywało, iż większość umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna obowiązuje od 2011 lub 2018 roku. Od tego okresu na rynku usług medycznych zaszło wiele zmian. Pandemia COVID – 19, napływ uchodźców z Ukrainy, sytuacja demograficzna, wzrost zachorowań na choroby cywilizacyjne - wpłynęły na drastyczne niedobory kadry medycznej oraz wzrost liczby pacjentów wymagających opieki specjalistycznej. Ponadto wprowadzone zostały zmiany systemowe (podstawowy system zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej), nielimitowane finansowanie ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, Fundusz Medyczny. Z uwagi na identyfikowane problemy z utrzymaniem dostępności do świadczeń, deklarowanej przez podmioty lecznicze na etapie kontraktowania (kilka lat temu), zarówno w przypadku podmiotów aktualnie realizujących świadczenia w ramach umów PSZ jak i AOS, racjonalnym wydaje się wykorzystanie, w możliwie największym stopniu, dostępnego na rynku medycznym potencjału, do realizacji świadczeń w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Działania te będą wyjściem naprzeciw istniejącego zagrożenia znacznego obniżenia dostępności do świadczeń, spowodowanego niedoborami personelu medycznego.

(akta kontroli str. 61-69, 378-450, CD-1)

²⁰ Opracowanie z 17 stycznia 2023 r.

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. W kontrolowanym okresie w przypadku 15 na 20 zakresów świadczeń, dla których prowadzono listy oczekujących wzrastał średni czas oczekiwania wynoszący od 12,5% do 245,9%, a także liczby osób oczekujących - 11,8% do 143,9%. NIK ocenia działania MOW NFZ w zakresie poprawy dostępności do świadczeń AOS dla dzieci jako nierzetelne.

W odniesieniu do działań podejmowanych w MOW NFZ w związku z wydłużaniem się czasu oczekiwania na udzielenia świadczenia i rosnącą liczbę oczekujących, Dyrektor MOW NFZ wyjaśniła, że: *Oddział na bieżąco prowadzi analizy zabezpieczenia dostępności do świadczeń (wskaźniki dostępności, kolejki oczekujących, poziom realizacji kontraktów, przerwy i przeszkody w realizacji świadczeń), jak również dostępnego na rynku medycznym potencjału do realizacji świadczeń w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i w uzasadnionych przypadkach podejmuje decyzje w sprawie ogłaszania uzupełniających konkursów ofert, mających na celu poszerzanie bazy miejsc realizacji świadczeń.* Wyjaśniono, że w latach 2021-2024 Oddział zawierał nowe kontrakty w rodzaju AOS, ogłoszono 90 postępowań konkursowych w zakresach dziecięcych, co skutkowało zawarciem ok. 40 umów. Kwestia skrócenia terminów oczekiwania i zmniejszenia liczby osób oczekujących na świadczenia była również uwzględniana przy podziale środków finansowych pomiędzy zakres podstawowy i skojarzony – świadczenia pierwszorazowe, w nowo zawieranych umowach. Dyrektor MOW wskazała również, że zawieranie umów w zakresach ogólnych w ramach, których ze świadczeń mogą korzystać osoby poniżej 18 r.ż. miało na celu zwiększanie dostępności do świadczeń, biorąc również pod uwagę deficyt specjalistów w dziedzinach dziecięcych, o czym świadczyły nieważniane z powodu braku ofert postępowania konkursowe. Jednocześnie podkreśliła, że ogólnopolskie rozwiązania systemowe takie jak: bezlimitowe finansowanie świadczeń dla dzieci od stycznia 2021 r. w ramach ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym²¹ oraz bezlimitowe finansowanie wszystkich świadczeń w AOS od lipca 2021 r. miały na celu motywowanie świadczeniodawców do poprawy dostępności do świadczeń i zmniejszenie zarówno liczby oczekujących jak i czasu oczekiwania.

Zdaniem NIK działania MOW mające na celu skrócenie czasu oczekiwania i liczby oczekujących na udzielenie świadczeń były niewystarczające. Świadczy o tym fakt, że aż w 15 spośród 20 analizowanych zakresów świadczeń wartości tych wskaźników wzrosły, co NIK ocenia negatywnie. Co więcej, na potrzebę poprawy dostępu do AOS dla dzieci, przy wykorzystaniu dostępnego potencjału świadczeniodawców, wskazują również wewnętrzne analizy MOW.

(akta kontroli str. 101-116, 981-990)

2. Nierzetelna prezentacja danych i realizacja zadań ujętych w WTP i dotyczących rekomendacji 5.5.:
 - a. W sprawozdaniu z realizacji WPT za 2022 r. wskazano wzrost liczby 140 136 porad pierwszorazowych w stosunku do roku poprzedniego. Dane te pochodziły z MOW. Natomiast z danych przekazanych w toku kontroli przez MOW NFZ wynika, że różnica pomiędzy liczbą porad zakresów pierwszorazowych za 2022 r. (2 264 768) w stosunku do 2021 r. (2 201 029)

²¹ Dz.U. z 2024 r. poz. 889, dalej: „Ustawa o funduszu medycznym”.

wynosi jedynie 63 739. Z kolei w sprawozdaniu z realizacji WPT za 2023 r. wykazano wzrost liczby porad pierwszorazowych - 200 472 w stosunku do roku poprzedniego. Podobnie, jak w przypadku poprzednich sprawozdań, źródłem tych danych był MOW. Tymczasem z danych przekazanych przez MOW NFZ w toku kontroli wynika, że różnica porad pierwszorazowych za 2023 r. (2 420 306) w stosunku do 2022 r. (2 264 768) wyniosła jedynie 155 538. Nawet w przypadku odniesienia się do wszystkich porad różnica rok do roku wynikającą z danych MOW NFZ jest inna niż wskazana w sprawozdaniach;

- b. braku osiągnięcia zakładanego w WPT 25% wzrostu porad pierwszorazowych rok do roku za 2022 i 2023 r. Dla porad pierwszorazowych (bez zakresu urologii i neurochirurgii²²) w 2022 r. udzielono 338 923 porady, co stanowi wzrost o 7,5% w stosunku do 2021 r., w którym udzielono ich 315 291. W 2023 r. udzielono 383 774 porad pierwszorazowych co stanowił wzrost o 13,2% w stosunku do roku 2022. W sprawozdaniu śródkresowym z realizacji WPT z 26 czerwca 2024 r. dla działania wskazano 0% poziom stopnia realizacji wskaźnika działania.

Dyrektor MOW NFZ wobec powyższych kwestii wyjaśniła, m.in., że wykazywane w sprawozdaniach za 2022 r. i 2023 r. dane dotyczą liczby oczekujących i czasu oczekiwania na ostatni dzień roku, a wartość bazową dla liczby świadczeń określono jako różnicę liczby świadczeń z roku 2021 i 2020. Ponadto Dyrektor wyjaśniła, że nie było potrzeby występowania do Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego w zakresie wykazanego stopnia realizacji wskaźników, gdyż, w ocenie MOW NFZ, prezentowane dane wskazują prawidłowe przedziały procentowe dotyczące poziomu realizacji wskaźników w przypadku obu działań. Oddział, w toku prac roboczych, zgłosił uwagi dotyczące potrzeby urealnienia wartości docelowej w przypadku średniego czasu oczekiwania do poradni wykazanego w rekomendacji 5.4. Wskazano także, że wskaźnik dotyczący działania 5.5.1 dotyczy liczby porad ogółem, jednocześnie wskazano na zidentyfikowanie potrzeby zredefiniowania opisu tego działania oraz wskaźnika poziomu realizacji, co jak wyjaśniono powinno być dokonane w toku prac aktualizacyjnych WPT do 30 września 2024 r.

Natomiast w zakresie zwiększenia o 25% liczby porad pierwszorazowych w stosunku do roku poprzedniego zgodnie z opisem działania biorąc pod uwagę wartość bazową 301 813 porad i docelową 333 500 (wzrost o 10,5%) Dyrektor MOW NFZ wyjaśniła, że została zidentyfikowana potrzeba zredefiniowania opisu działania wskazanego w pkt. 5.5.1 WPT oraz wskaźnika poziomu realizacji (rekomendacja 5.5).

Zdaniem NIK przyjęty sposób prezentacji danych, wskaźnika (liczba wszystkich porad) jak również określona metodyka ich wyliczania stoi w sprzeczności z rzetelnym określeniem stopnia zwiększenia liczby porad pierwszorazowych o zakładane w WPT 25%, co NIK ocenia jako działanie nierzetelne. Jednocześnie NIK zauważa, że dla dwóch z 11 wymienionych zakresów MOW NFZ nie posiada danych w systemach informatycznych umożliwiających w sposób jednoznaczny prezentację porad pierwszorazowych, co budzi wątpliwości co do rzetelnego określenia realizacji wskaźnika zwiększenia porad pierwszorazowych o 25%, co założono w WPT. NIK zwraca uwagę, że pomimo iż do końca realizacji działania pozostało sześć miesięcy wykazany w sprawozdaniu stopień jego realizacji wynosi 0%, co wskazuje na ryzyko nieosiągnięcia celu i planowanej wartości, biorąc pod uwagę nałożone na MOW NFZ zadania i dotychczas podejmowane działania w ramach ich realizacji. Dodatkowo NIK wskazuje, że w opisie sprawozdania śródkresowego dla rekomendacji 5.5 podano

²² Dla wskazanych zakresów NFZ nie wyodrębnia świadczeń pierwszorazowych. Liczba udzielonych porad, bez zakresów pierwszorazowych wynosiła odpowiednio: 2 264 768 w 2022 r. co stanowiło wzrost o 2,9% w stosunku do 2021 r. (2 201 029), natomiast w 2023 r. udzielono 2 420 306 porad co stanowiło wzrost o 6,9% do roku 2022.

Liczba porad pomimo podjętych działań nie osiągnęła wartości wyjściowej, dlatego należy kontynuować działanie, wskazano zasadność analizy i weryfikacji wskaźnika, co uzasadnia ocenę NIK co do prawidłowości stopnia realizacji zadań.

NIK nie podziela wyjaśnień Dyrektora MOW NFZ w zakresie wartości bazowej i docelowej liczby porad pierwszorazowych rok do roku. Przyjęta wartość bazowa za 2021 r. liczby udzielonych porad wyniosła 301 813 natomiast docelowa 333 500, co stanowi wzrost o 10,5% i w ocenie NIK koliduje z przyjętym w działaniu założeniem 25% wzrostu porad rok do roku.

(akta kontroli str. 909-930, 996-1075, 1190-1221)

OCENA CZĄSTKOWA

NIK ocenia, że działania podejmowane w celu zwiększenia dostępności świadczeń (np. ogłoszenie dodatkowych postępowań konkursowych i zwiększanie wartości finansowania świadczeń pierwszorazowych) nie przyniosły oczekiwanych rezultatów. Wzrost liczby oczekujących na udzielenie świadczenia jak również średniego czasu oczekiwania świadczy, w ocenie NIK, o pogorszeniu dostępności świadczeń AOS dla dzieci w szczególności w odniesieniu do poradni gastroenterologii dla dzieci dla której wzrost czasu oczekiwania wyniósł 245,0% a liczba oczekujących o 161,1%, alergologii dla dzieci odpowiednio 91,3% i 64,9% oraz poradni wad postawy o 52,1% i 49,2%.

NIK jako nieskuteczne i nierzetelne, ocenia działania podejmowane przez MOW NFZ w celu zrealizowania rekomendacji ujętych w WPT z uwagi na nieosiągnięcie planowanych wartości wskaźników.

OBSZAR

2. Zawieranie i realizacja umów świadczeń AOS dla dzieci.

2.1 Prowadzenie postępowań.

Opis stanu faktycznego

W okresie 2021-2023 r. MOW NFZ ogłosił 90 postępowań konkursowych w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna dla zakresów wyodrębnionych dla dzieci, w wyniku których rozstrzygniętych zostało 31 postępowań (34,4%), natomiast 59 (tj. 65,6%) zostało unieważnionych. W 2021 było to odpowiednio 57 postępowań, 46 unieważnionych (tj. 80,7%); w 2022 r. – 11 postępowań z czego cztery zostały unieważnione (tj. 36,4%) oraz w 2023 r. – 22 postępowania, z czego dziewięć unieważnionych (40,9%). Największa liczba postępowań konkursowych dotyczyła świadczeń w zakresie alergologii dla dzieci, świadczeń w zakresie alergologii dla dzieci – świadczenia pierwszorazowe oraz świadczenia w zakresie pediatrii.

W MOW NFZ, w okresie objętym kontrolą, dokonywano aneksowania umów w zakresie AOS. Na koniec 2023 r. funkcjonowały 822 umowy w rodzaju AOS z czego 51,7% wszystkich umów obowiązuje ponad 10 lat (425 umowy), umowy obowiązuje między pięć a 10 lat stanowiły 13,0% (107), między trzy a pięć lat – 31,4% (258), między jeden rok a trzy lata – 3,5% (29) natomiast umowy poniżej roku stanowiły 0,4% (3) wszystkich umów funkcjonujących w MOW NFZ. W 2022 r. i 2023 r. podstawą ww. aneksowania był art. 18 ust. 2 ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19²³, zgodnie z którym umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wygasające w trakcie stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii mogą zostać przedłużone, w celu zapewnienia ciągłości i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej za zgodą strony danej umowy na okres

²³ Dz. U. poz. 567, ze zm.

niezbędny do przeprowadzania, po odwołaniu stanu epidemii zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, konkursu ofert i rokowań.

Szczegółowym badaniem objęto 10 postępowań w zakresach AOS dla dzieci ogłoszonych w trybie konkursu ofert, z czego cztery przeprowadzone w 2023 r. oraz po dwa postępowania w latach 2021 i 2022, co stanowiło 11,1% wszystkich postępowań konkursowych w tym okresie (90) oraz dodatkowo dwa postępowania ogłoszone I kwartale 2024 r. W roku 2021 dwa zbadane postępowania zostały zakończone skierowaniem wniosku do Dyrektora MOW NFZ o unieważnienie postępowania z powodu niezłożenia żadnej oferty, analogiczna sytuacja dotyczyła konkursów za 2022 r. oraz I kwartał 2024 r. W roku 2023 unieważniono jedno z badanych postępowań konkursowych. Powodem odrzucenia oferty było niespełnienie przez oferenta wymaganych warunków określonych w przepisach. Natomiast w przypadku trzech pozostałych postępowań zawarto, w wyniku ich rozstrzygnięcia, osiem umów, zaś jedną ofertę niespełniającą wymogów odrzucono.

We wszystkich badanych przypadkach postępowano zgodnie z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2020 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy²⁴ w odniesieniu do wymogów dotyczących ogłoszenia o postępowaniu, składania ofert, powoływania komisji konkursowej i realizacji przez nią zadań. Dyrektor MOW NFZ powoływał komisje konkursowe stosując się do wymogów określonych w §6 rozporządzenia o ogłaszaniu konkursów. Komisje konkursowe rzetelnie wypełniały nałożone zadania w zakresie rozpatrywania, oceny i wyboru ofert lub skierowania wniosku do Dyrektora MOW NFZ o unieważnienie postępowania konkursowego. W przypadku każdego konkursu komisje, w protokołach z przebiegu postępowania, wskazywały prawidłową podstawę prawną swoich decyzji dotyczących odrzucenia złożonych ofert wraz z uzasadnieniem. Wszystkie odrzucone oferty nie spełniały wymagań określonych przez Prezesa NFZ na podstawie art. 146 ust. 1 pkt. 2 ustawy o świadczeniach i działania realizowane przez komisję w tym zakresie były prawidłowe. Rozstrzygnięcia i ogłoszenia o rozstrzygnięciu, w odniesieniu do postępowań w wyniku których zawarto umowy, były ogłaszane zgodnie ze sposobem wskazanym w ogłoszeniu o konkursie ofert, a wszystkie ogłoszenia o jego wynikach zawierały nazwę (firmę) albo imię i nazwisko oraz siedzibę albo miejsce zamieszkania i adres wykonawcy, który został wybrany

W żadnym z badanych postępowań konkursowych nie zachodziły przesłanki wynikające z art. 151 ust 6 ustawy o świadczeniach dotyczące przekazania Urzędowi Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich ogłoszenia o wyniku rozstrzygnięcia postępowania konkursowego.

W okresie objętym kontrolą nie wystąpiły przypadki złożenia przez oferentów protestu czy odwołania w toku przeprowadzanych przez MOW NFZ konkursów na realizację świadczeń AOS dla dzieci.

Objęte badaniem o postępowania jak i zawarte w wyniku ich rozstrzygnięcia umowy na świadczenia w zakresie AOS dla dzieci mieściły się w ramach kwot ujętych w planie zakupu świadczeń, a kwoty przedstawiane w ofertach składanych w toku prowadzonych postępowań mieściły się w granicach określonych przez MOW NFZ. Nie wystąpiły przypadki zawarcia umów z oferentami, którzy zaproponowali cenę wyższą aniżeli cena oczekiwana przez Oddział.

(akta kontroli str. 61-74, 195-423, 927-932, CD-1)

²⁴ Dz.U. z 2020 r. poz. 1858, dalej: „rozporządzenie o ogłaszaniu konkursów”.

2.3 Rozliczanie wybranych umów o udzielanie świadczeń

Opis stanu
faktycznego

Proces walidacji raportów statystycznych przekazywanych przez świadczeniodawców był w pełni zautomatyzowany. Pozytywnie zwalidowane świadczenia były importowane do systemu informatycznego MOW NFZ, natomiast świadczenia z błędem zostały odrzucone. Operator systemu w MOW NFZ nie miał możliwości wyłączenia reguł walidacyjnych ani wprowadzania zmian w tym zakresie. Raporty statystyczne, które pozytywnie przeszły proces walidacji podlegały procesowi weryfikacji, który również był zautomatyzowany. W ramach centralnych reguł funkcjonowały 272 sprawdzenia walidacji oraz 794 sprawdzenia weryfikacji. Operator w MOW NFZ nie miał możliwości wyłączenia reguł weryfikacyjnych, jedynie miał możliwość dodania kolejnych sesji weryfikacyjnych w związku z przeprowadzanymi weryfikacjami wstecznymi oraz wdrażanymi przez Centralę NFZ procesami pilotażowymi zawierającymi nowe reguły weryfikacji (testowanie). Operator systemu miał także możliwość, w przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku o uznanie zakwestionowanych świadczeń, ręcznego zdjęcia błędu. Uregulowania w tym zakresie zostały wprowadzone zarządzeniem Dyrektora MOW NFZ nr 3/2023 z dnia 5 stycznia 2023 r. w sprawie przyjęcia Procedury rozpatrywania wniosków o uznanie zakwestionowanych świadczeń w procesie weryfikacji raportów statystycznych. Po zakończonych weryfikacjach wstecznych i wystąpieniu koincydencji sprawozdanych świadczeń do świadczeniodawców, u których wykryte zostały błędy weryfikacji, wysyłane były komunikaty za pośrednictwem portalu SZOI²⁵, w których informowano o konieczności porównania sprawozdanych świadczeń z dokumentacją medyczną pacjentów, a następnie przesłaniu stosownej korekty i/lub złożenia pisemnych wyjaśnień wraz z dokumentacją potwierdzającą realizację świadczenia. W okresie 2021 – 2023 r. liczba ogólna wniosków o uznanie zakwestionowanych świadczeń z zakresu AOS wynosiła odpowiednio: 52, 239 i 204, natomiast za I kwartał 2024 r. – 37. W odniesieniu do AOS dla dzieci było to odpowiednio: 8, 62 i 15 oraz 4 za I kwartał 2024 r. Jak wyjaśniła Dyrektor MOW NFZ, w okresie objętym kontrolą, nie występowały wyłączenia pojedynczych sprawdzeń z zakresu walidacji i weryfikacji świadczeń AOS udzielanych dzieciom.

(akta kontroli str. 822-843, 1102,1153)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie.

MOW NFZ prawidłowo realizował ogłaszane postępowania konkursowe, o których mowa w art. 139 ust. 1 ustawy o świadczeniach. NIK za prawidłowe ocenia działania w zakresie przeprowadzania dodatkowych (uzupełniających) postępowań konkursowych oraz zawieranie aneksów do umów z wykonawcami wyłonionymi wcześniej w drodze konkursu. Dodatkowo NIK pozytywnie ocenia przyjęte i stosowane zasady walidacji i weryfikacji raportów statystycznych oraz działań podejmowanych przez MOW NFZ w tym zakresie.

²⁵ System Zarządzania Obiegiem Informacji (SZOI) służący do dwukierunkowej komunikacji pomiędzy Oddziałem Wojewódzkim NFZ a świadczeniodawcą.

3. Nadzór nad realizacją świadczeń AOS dla dzieci.

3.1 Monitorowanie realizacji umów AOS dla dzieci oraz celowość udzielania świadczeń.

Opis stanu
faktycznego

Po każdym kolejnym kwartale danego roku, MOW NFZ przeprowadza analizy realizacji umów w oparciu o plany rzeczowo-finansowe. Na ich podstawie ustalane były ogólne zasady rozliczenia świadczeń, obejmujące m.in. efektywniejsze wykorzystanie środków finansowych zakontraktowanych w umowach oraz zasady finansowania nadwykonań, w tym świadczeń nielimitowanych i świadczeń wskazanych do Planu Funduszu Medycznego. Zasady były ustalone jednolicie dla wszystkich świadczeniodawców. W ramach monitorowania umów dokonywano walidacji i weryfikacji raportów statystycznych przekazywanych przez świadczeniodawców. W okresie objętym kontrolą MOW NFZ nie informował Centrali NFZ o konieczności przeprowadzania kontroli świadczeniodawców realizujących umowy AOS dla dzieci z uwagi na niewłaściwy sposób realizacji ich postanowień.

W toku kontroli ustalono, że czterech świadczeniodawców mogło ograniczać dostęp do świadczeń udzielanych w ramach AOS dla dzieci. Analiza danych sprawozdawczych wskazała, że w przekazywanych raportach statystycznych nie sprawozdawano świadczeń dla dzieci poniżej pewnego roku życia. Dla świadczeń udzielanych w zakresie okulistyki dla dzieci dwa podmioty nie sprawozdawały świadczeń dla pacjentów poniżej 4 r.ż. natomiast jeden poniżej 16 r.ż.. Dla świadczeń udzielanych w poradni wad postawy dla dzieci i młodzieży jednej świadczeniodawca nie sprawozdawał świadczeń dla dzieci poniżej 5 r.ż.

Dyrektor MOW NFZ wyjaśniła, że przeprowadzona analiza ww. podmiotów wskazuje na realizację świadczeń dla pacjentów poniżej 18 r.ż., a Oddział na bieżąco dokonuje weryfikacji poprawności realizacji postanowień umów względem wszystkich świadczeniodawców. Informacje przekazane przez świadczeniodawców nie potwierdzają udzielania świadczeń dzieciom w każdym wieku. Ponadto Dyrektor MOW NFZ wskazała w przekazanych wyjaśnieniach, że umowa z jednym²⁶ świadczeniodawcom funkcjonuje od kwietnia 2024 r. tj. *zawarta poza okresem objętym kontrolą*. NIK nie może zgodzić się ze stwierdzeniem, że obowiązująca z nim umowa od 1 kwietnia 2024 r. wykracza poza okres objęty kontrolą. Zgodnie z upoważnieniem okres ten obejmował czas od 1 stycznia 2021 r. do dnia zakończenia czynności kontrolnych. Jedynie w przypadku części danych statystycznych, z uwagi na prowadzenie kontroli od maja 2024 r., nie zbierano danych za oba kwartały 2024 r. Ustalenia kontroli NIK tj. informacje uzyskane od podmiotów jak również dane z systemów informatycznych MOW NFZ obrazujące wiek pacjentów przyjmowanych u świadczeniodawców wskazywały na przypadki ograniczania dostępności.

Komórki merytoryczne MOW NFZ, po zakończonym kwartale bieżącego roku kalendarzowego, otrzymywały zestawienie zawierające wykaz umów, w tym AOS dla dzieci, których realizacja wynosiła mniej niż 50% wysokości kontraktu za dany okres. Prowadzono na tej podstawie działania wyjaśniające w kontakcie ze świadczeniodawcami.

Dyrektor MOW NFZ był informowany o wynikach kontroli przeprowadzonych przez Centralę NFZ. W okresie objętym kontrolą Terenowy Wydział Kontroli VII przeprowadził cztery kontrole u świadczeniodawców w zakresie AOS dla dzieci, które skutkowały nałożeniem kar na trzy podmioty udzielające świadczeń w łącznej kwocie

²⁶ Centrum Medyczne MML Spółka z o.o.

2,76 tys. zł.²⁷ We wszystkich przypadkach przyczyną nałożenia kar było nieudzielenie świadczeń w czasie lub miejscu wskazanym w umowie (zmiany harmonogramu skutkujące brakiem dostępności świadczeń) i niezgłoszenie zmian w załączniku do umowy – *Harmonogram i zasoby*. W przypadku jednego²⁸ świadczeniodawcy kontrola nie skutkowała nałożeniem kary umownej.

(akta kontroli str. 424-471, 822-843, 1102-1153, 1151-1189, 1190-1204, CD-1)

3.2 Rozpatrywanie skarg w ramach umów AOS dla dzieci.

Opis stanu faktycznego

Proces rozpatrywania skarg w MOW NFZ prowadzony był w oparciu o zatwierdzone przez Prezesa NFZ regulacje wewnętrzne, tj. *Procedura do procesu: Obsługa skarg i wniosków*²⁹ oraz *Procedura do procesu Nr: B.07.04 Obsługa skarg, wniosków i odpowiedzi do klientów*³⁰. Regulacje te określały cel, zasady, definicje i składowe procesu rozpatrywania skarg. W funkcjonujących procedurach przywołano także regulacje zewnętrzne dotyczące procedury rozpatrywania skarg m.in. rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 stycznia 2002 r. w sprawie organizacji przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków³¹. W okresie 2021 - I kwartał 2024 r. do MOW NFZ wpłynęło łącznie 68 skarg na 28 świadczeniodawców udzielających świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna dla dzieci. W roku 2021 było to 18 skarg, w 2022 r. - 27, w 2023 r. - 21, oraz dwie w I kwartale 2024 r. Jak wyjaśniła Dyrektor MOW NFZ wykaz skarg przedstawionych kontrolerom zawiera wszystkie skargi, jakie wpłynęły do DSW i dotyczyły zakresów świadczeń AOS zakontraktowanych dla dzieci. Nie wyklucza to jednak możliwości, że skargi dotyczące dzieci, odnoszące się do podmiotów leczniczych realizujących świadczenia w zakresach dla dorosłych, nie znajdują się w tym wykazie. Rejestr Skarg i Wniosków, w którym ewidencjonujemy dane dotyczące skarg nie ma funkcjonalności umożliwiającej wyodrębnienie wszystkich skarg AOS tylko i wyłącznie w odniesieniu do dzieci. Skargi dotyczyły m.in. problemów w zakresie umówienia na udzielenie świadczenia, długotrwałego czasu oczekiwania na zapisy do poradni, zachowań personelu medycznego w trakcie udzielania świadczeń, niezlecania wymaganych zdaniem skarżących badań i procedur medycznych. Badaniem objęto wszystkie skargi i były one rozpatrzone terminowo. W przypadku prowadzenia długotrwałego postępowania wyjaśniającego informowano skarżących o wydłużeniu terminu. W badanych skargach stwierdzono w siedmiu przypadkach nieprawidłowości dotyczące m.in.: nieprzestrzegania rozporządzenia w sprawie skarg oraz niektórych postanowień wewnętrznych procedur obowiązujących w MOW NFZ, jak również braku należytego przepływu informacji pomiędzy komórkami organizacyjnymi, o czym szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*. MOW NFZ, stosownie do wymogów przyjętych procedur, przekazywał do Centrali NFZ półroczne i roczne sprawozdania dotyczące prowadzonych postępowań skargowych.

(akta kontroli str. 61-74, 679-821, CD-1)

Stwierdzone nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

²⁷ Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „ARNICA” w Ciechanowie – kwota kary 885,23 zł, Niepubliczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Olsztyńska” Dębińska, Szczepanowska, Spółka Partnerska – Lekarze w Radomiu – kwota kary 907,67 zł oraz ENDOMED Janusz Romanowski Spółka Jawna w Radomiu – kwota kary 974,35 zł.

²⁸ Adam Zieliński Zieliński Sp. z o.o. w Ostrołęce.

²⁹ W okresie od 1 stycznia 2021 r. funkcjonowały następujące wersje procedur: od 2 grudnia 2020 r. v1.0; od 8 czerwca 2021 r. v1.1

³⁰ W okresie od 29 lipca 2022 r. do 25 kwietnia 2023 r. obowiązywała *Wersja procedury: 2.0*, natomiast od 26 kwietnia 2023 *Wersja procedury: 2.1*.

³¹ Dz. U. Nr 5 poz. 46 dalej: rozporządzenie w sprawie skarg.

1. W ramach procesu prowadzenia i rozpatrywania postępowań skargowych stwierdzono:
 - a. W przypadku trzech skarg naruszono wewnątrz procedury dotyczące prowadzenia i rozpatrywania skarg w MOW NFZ poprzez nieprzekazanie pisma skarżącemu o uzupełnienie braków formalnych w terminie 7 dni od dnia wpływu skargi. Jak wyjaśniła Naczelnik Wydziału Obsługi Klientów i Profilaktyki MOW NFZ³² w trakcie rozpatrywania skargi stwierdzono, że w korespondencji do skarżącego zostaną przekazane dane wrażliwe, dodatkowo wskazała, iż w piśmie Centrali NFZ z 2019 r. wskazano, iż adres e-mail można traktować jak adres doręczenia, a w przypadku uznania, że w korespondencji zostaną użyte dane wrażliwe, należy poprosić o wskazanie adresu, na który zostanie wysłana korespondencja w sposób gwarantujący bezpieczeństwo danych. NIK nie podziela stanowiska w tej kwestii, zwracając uwagę, iż obowiązujące procedury dotyczące rozpatrywania skarg przewidywały obligatoryjny termin 7 dni na wystąpienie o uzupełnienie danych oraz wskazywały konieczność wskazania skarżącym, że brak uzupełnienia w terminie oznacza pozostawienie skargi bez rozpoznania. Działania MOW NFZ były w tym zakresie nierzetelne;
 - b. W przypadku dwóch skarg, uznanych przez MOW NFZ za zasadne, pomimo wskazania informacji skarżącemu, że kwestia wykazana w skardze jest istotna i poinformowaniu go o przekazaniu sprawy do komórki merytorycznej zajmującej się nadzorem nad realizacją umów, przekazanie pisma do komórek organizacyjnych MOW NFZ celem wykorzystania zawartych w nim informacji nastąpiło dopiero w związku z prowadzonymi czynnościami kontrolnymi NIK. Jak wyjaśniła Naczelnik Wydziału MOW NFZ było to wynikiem natłoku spraw prowadzonych w Wydziale, niedopatrzenia pracownika i kierownika. Wskazała także, że procedowana skarga została rozpatrzona, a kwestia ta jest elementem dodatkowym nie wpływającym na rzetelność terminowość prowadzonych spraw. Zdaniem NIK celem zachowania najwyższej rzetelności w toku prowadzonych postępowań skargowych zasadnym jest informowanie komórek merytorycznych w tym Centrali NFZ dotyczących nieprawidłowości stwierdzonych u świadczeniodawców;
 - c. W jednym przypadku w piśmie do skarżącego nie wskazano, iż brak uzupełnienia braków formalnych skutkuje pozostawieniem skargi bez rozpatrzenia, co naruszało zapisy § 8 rozporządzenia w sprawie skarg oraz procedury wewnętrznej. Jak wyjaśniła Naczelnik Wydziału *mogło to być wynikiem pomyłki pracownika lub uznaniem przez niego, iż dane, o których uzupełnienie wnioskowano nie są brakami formalnymi*. NIK nie podziela stanowiska w tej kwestii, gdyż w piśmie do skarżącej zawarto podstawę prawną, tj. rozporządzenie w sprawie przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków obligujące do pozostawienia spraw bez rozpatrzenia, w przypadku braku uzupełnienia wymogów formalnych. W ocenie NIK, ustalenia te świadczą, o nierzetelnej realizacji zadań przez MOW NFZ;
 - d. W jednym przypadku, pomimo bezskutecznego wezwania skarżącego do uzupełnienia braków formalnych, procedowano sprawę wbrew przepisom § 8 rozporządzenia w sprawie skarg, wewnętrznej procedury oraz informacjom zamieszczonym na stronie internetowej NFZ, a skarżącej udzielono odpowiedzi mailem. Jak wyjaśniła Naczelnik Wydziału dla dobra procedowania sprawy podjęto działania dla wyjaśnienia sprawy, nie zdawano

³² Dalej: „Naczelnik Wydziału”.

sobie sprawy na początku, że postępowanie ujawni dane wrażliwe i nie będzie można przekazać skarżącej pełnych informacji. NIK stoi na stanowisku, że zarówno przepisy prawa jak i wewnętrzne regulacje wskazują na konieczność uzupełnienia danych, a ich brak powoduje nierozpatrywanie skargi. Działania MOW NFZ w tym zakresie były nierzetelne.

(akta kontroli str. 61-74, 679-821)

OCENA CZĄSTKOWA

MOW NFZ prowadził nadzór nad realizacją umów, dokonywał walidacji i weryfikacji raportów statystycznych składanych przez świadczeniodawców, zgodnie z wewnętrznymi procedurami. Pojedyncze przypadki, które mogą świadczyć na nieudzielenie świadczeń dzieciom w każdym wieku, wskazują na potrzebę zintensyfikowania działań dotyczących weryfikowania rozliczania świadczeń i prawidłowości realizacji umowy przez świadczeniodawców w zakresie AOS dla dzieci. Postępowania dotyczące przyjmowania i rozpatrywania skarg realizowano co do zasady prawidłowo, jednakże wystąpiły przypadki niespełnienia wymogów wewnętrznych regulacji w zakresie dotrzymywania określonych w procedurze terminów oraz procedowania spraw, które z uwagi na braki formalne nie powinny być rozpatrywane zgodnie z wymogami rozporządzenia w sprawie skarg oraz procedury wewnętrznej.

IV. Uwagi i wnioski

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, przedstawia następujące uwagi i wnioski:

Wnioski

1. Zintensyfikowanie dotychczas podejmowanych działań w celu realizacji zakładanych celów WPT, w szczególności w zakresie corocznego zwiększania dostępności świadczeń AOS, w tym dla dzieci.
2. Wzmocnienie działań prowadzonych przez MOW NFZ dotyczących poprawy dostępności do świadczeń AOS dla dzieci.
3. Wzmocnienie nadzoru nad procesem przyjmowania i rozpatrywania skarg.
4. Kierowanie do Centrali NFZ informacji dotyczących konieczności przeprowadzania kontroli świadczeniodawców, w odniesieniu do nieprawidłowości wykazywanych w skargach, w tym niewłaściwego realizowania postanowień obowiązujących umów bądź informacji wskazujących na potrzebę zmiany przyjętych rozwiązań prawnych lub systemowych.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 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, 31 lipca 2024 r.

Kontroler

Marcin Czyżewski

Specjalista kontroli państwowej

/-/
podpis

Najwyższa Izba Kontroli

Departament Zdrowia

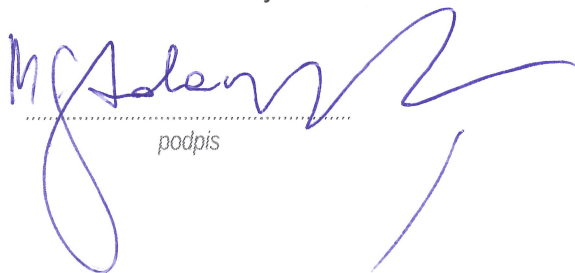
Dyrektor

/-/
podpis

Zmian w wystąpieniu pokontrolnym
dokonał:

p.o. Dyrektor Departamentu Zdrowia

Marcin Stolarczyk


.....
podpis

