



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Białymstoku

LBI-4101-16-01/2012

P/12/124

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli

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

Jednostka
przeprowadzająca
kontrolę

Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Białymstoku

Kontroler

Marek Skorupski, gł. specjalista k. p., upoważnienie do kontroli nr 82015 z dnia 28.08.2012 r.

[dowód: akta kontroli str. 1-2]

Jednostka
kontrolowana

Narodowy Fundusz Zdrowia Podlaski Oddział Wojewódzki w Białymstoku

Kierownik jednostki
kontrolowanej

Jacek Roleder, Dyrektor

[dowód: akta kontroli str. 21]

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie¹ działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

Uzasadnienie
oceny ogólnej

W okresie objętym kontrolą tj. w latach 2010-2011 i w trakcie 8 miesięcy 2012 r. Narodowy Fundusz Zdrowia Podlaski Oddział Wojewódzki w Białymstoku (POW NFZ) zapewnił ubezpieczonym i uprawnionym mieszkańcom województwa podlaskiego dostęp do świadczeń z zakresu leczenia stomatologicznego i prawidłowo finansował oraz rozliczał ich realizację. Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne zawierano z podmiotami spełniającymi wymagania określone przez Ministra Zdrowia i Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Różnice w dostępności do świadczeń wynikły głównie z nierównomiernego rozmieszczenia świadczeniodawców na terenie województwa. Niepodejmowanie działań mających na celu objęcie profilaktycznymi świadczeniami stomatologicznymi większej liczby uczniów uwarunkowane było brakiem narzędzi prawnych Oddziału w tym zakresie, zaś nieprzekazywanie Wojewodzie Podlaskiemu informacji o świadczeniodawcach udzielających profilaktycznych świadczeń stomatologicznych nie miało zasadniczego wpływu na kontrolowaną działalność.

¹ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Finansowanie świadczeń stomatologicznych

1.1. Określanie zapotrzebowania i prowadzenie analiz

Opis stanu
faktycznego

Zapotrzebowanie na świadczenia stomatologiczne w poszczególnych zakresach na kolejne półroczu – jak wyjaśniła naczelnik Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej – określano na podstawie ilości świadczeń zrealizowanych w poprzednich okresach w poszczególnych obszarach kontraktowania, tj. w gminach – dla *świadczeń ogólnostomatologicznych*, grupach powiatów – dla *świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia, ortodoncji, protetyki, chirurgii stomatologicznej i periodontologii* oraz na terenie całego województwa – dla pozostałych zakresów. Sytuację demograficzną uwzględniano przy prognozowaniu kosztów świadczeń ortodontycznych (poprzez ustalenie w poszczególnych obszarach liczby osób przed ukończeniem 18. roku życia), protetycznych (wzięto pod uwagę strukturę wiekową w danym obszarze kontraktowania) oraz dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia (ustalono ich liczbę w poszczególnych obszarach).

[dowód: akta kontroli str. 22-23]

Przy określaniu zapotrzebowania na świadczenia POW NFZ nie prowadził rachunku symulacyjnego kosztów świadczeń, gdyż – jak wyjaśniła naczelnik Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej – POW NFZ nie jest właściwym podmiotem w tym zakresie. Uwzględniano natomiast wycenę procedur określoną przez Prezesa NFZ, planowano oczekiwane ceny jednostek rozliczeniowych, z uwzględnieniem m.in. wysokości planu finansowego oraz uzgodniono ostateczne ceny świadczeń ze świadczeniodawcami na podstawie złożonych przez nich ofert. W latach 2010-2011 nie przekroczono kwoty na świadczenia stomatologiczne określonej w planie finansowym (co przedstawiono w punkcie 1.5).

[dowód: akta kontroli str. 21]

W konkursach na lata 2010-2012 POW NFZ wymagał²:

- a) udzielania świadczeń przez co najmniej lekarza dentystę, lekarza ze specjalizacją I stopnia lub specjalistę,
- b) czasu pracy dentystów proporcjonalnego do liczby etatów przeliczeniowych³, na jaką ma być zawarta umowa oraz aby – w przypadku zakontraktowania całego etatu przeliczeniowego – lekarz pracował przez min. 5 dni w tygodniu po 6 godz. dziennie,
- c) aby min. czas pracy na 1 lekarza wynosił 15 godz. w tygodniu oraz pracy dentysty przez 1 dzień do godz. 18 na każde 0,5 etatu przeliczeniowego,
- d) wyposażenia m.in. w stanowisko stomatologiczne, lampę polimeryzacyjną, wstrząsarke do amalgamatu i skaler

oraz dodatkowo punktowano m.in.:

- e) zapewnienie dostępu dla osób niepełnosprawnych ruchowo,
- f) pracę co najmniej jednego dentysty w poradni w sobotę przez min. 6 godzin.

[dowód: akta kontroli str. 9-14]

1.2. Realizacja postępowań konkursowych i negocjacji w sprawie udzielania świadczeń

Opis stanu
faktycznego

W przeprowadzonych w 2008 r. konkursach na lata 2009-2011 rozpoczęto 173 postępowania, z czego 20 postępowań unieważniono – najczęściej z powodu braku ofert lub odrzucenia wszystkich ofert. O zawarcie umów ubiegało się 503

² w zależności od zakresu świadczeń.

³ kalkulacyjna wartość etatu przeliczeniowego wynosiła 15.000 punktów na miesiąc – zgodnie z § 2 ust. 1 zarządzeń nr 91/2008 i 55/2010 Prezesa NFZ.

świadczeniodawców, w tym 5 publicznych. W konkursie głównym członków komisji konkursowej było 15, zaś w dodatkowych 5. Nie wystąpiły przypadki wyłączenia członka komisji konkursowej. Komisja żądała od świadczeniodawców wyjaśnień w sprawach formalnych (411) i merytorycznych. Celem potwierdzenia prawdziwości danych w ofercie skontrolowano 87 świadczeniodawców. Od decyzji komisji wpłynęły 32 odwołania do dyrektora POW NFZ, 10 odwołań do Prezesa NFZ oraz 2 skargi do sądu administracyjnego. Nie prowadzono rokowań ze świadczeniodawcami. Wybrano 490 ofert, w tym 14 ofert świadczeniodawców publicznych. Z 448 świadczeniodawcami, w tym 4 publicznymi zawarto 453⁴ umowy.

[dowód: akta kontroli str. 6]

Realizacja postępowań konkursowych na lata 2012-2014 w poszczególnych zakresach świadczeń przebiegała następująco:

- 1) *świadczenia ogólnostomatologiczne*: o zawarcie umowy ubiegało się 366 świadczeniodawców, w tym 1 publiczny. Wybrano 287 ofert, w tym 4 oferty podmiotu publicznego, zaś 33 oferty odrzucono. Na podstawie szczegółowego sprawdzenia dokumentacji 6 ofert wraz z dokumentacją konkursową ustalono, że wszyscy członkowie komisji po otwarciu ofert złożyli oświadczenia o braku przesłanek wyłączenia z prac komisji oraz że wyboru dokonano zgodnie z obowiązującymi kryteriami;

[dowód: akta kontroli str. 4, 9-14, 21]

- 2) *świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia*: o zawarcie umowy ubiegało się 82 świadczeniodawców niepublicznych, wybrano 27 ofert, zaś 15 odrzucono;
- 3) *profilaktyczne świadczenia stomatologiczne dla dzieci do ukończenia 6. roku życia i profilaktyczne świadczenia stomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19. roku życia* nie były kontraktowane w odrębnych umowach, lecz realizowano je w ramach ww. 2 zakresów;
- 4) *ortodoncja dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia*: o zawarcie umowy ubiegało się 31 świadczeniodawców niepublicznych, wybrano 32 oferty, zaś 2 odrzucono;
- 5) *chirurgia stomatologiczna i periodontologia*: o zawarcie umowy ubiegało się 30 świadczeniodawców, w tym 1 publiczny. Wybrano 20 ofert, w tym ofertę podmiotu publicznego, zaś 2 oferty odrzucono;
- 6) *protetyka stomatologiczna*: o zawarcie umowy ubiegało się 46 świadczeniodawców niepublicznych, wybrano 28 ofert, zaś 2 odrzucono;
- 7) *ogólnostomatologiczne w znieczuleniu ogólnym*: o zawarcie umowy ubiegało się 3 świadczeniodawców, w tym 1 publiczny, wybrano 3 oferty, w tym ofertę podmiotu publicznego, zaś 1 ofertę odrzucono;
- 8) *dla świadczeniobiorców z grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych i protetyka po chirurgicznym leczeniu nowotworów twarzoczaszki* – wpłynęło po 1 ofercie świadczeniodawców niepublicznych, obie wybrano;
- 9) *pomoc doraźna*: o zawarcie umowy ubiegało się 3 świadczeniodawców niepublicznych, wybrano 1 ofertę;
- 10) *w ramach programu ortodontycznej opieki nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki* – o zawarcie umowy ubiegał się 1 świadczeniodawca niepubliczny, którego ofertę wybrano.

[dowód: akta kontroli str. 4]

Ogółem rozpoczęto 167 postępowań konkursowych, z których 9 unieważniono. W konkursie głównym członków komisji konkursowej było 11, zaś w konkursach dodatkowych 5 lub 3. Nie wystąpiły przypadki wyłączenia członka komisji konkursowej. Komisja żądała od świadczeniodawców wyjaśnień w 412 sprawach formalnych i 187 merytorycznych oraz dostarczenia dokumentów w 312 sprawach formalnych i 328 merytorycznych. Celem

⁴ w łącznej liczbie ofert, świadczeniodawców i umów oddzielnie określono liczbę w każdym zakresie świadczeń.

potwierdzenia prawdziwości danych skontrolowano 231 świadczeniodawców⁵. Unieważniono 9 postępowań – głównie z powodu niezłożenia ofert lub odrzucenia wszystkich ofert. Przyczyną odrzucenia 55 ofert było głównie niespełnianie kryteriów wymaganych lub stwierdzenie w ofertach, że wyniki kontroli przeprowadzonych po 1 stycznia 2011 r. przez POW NFZ były pozytywne, podczas gdy w toku tych kontroli stwierdzono nieprawidłowości. Od decyzji komisji wpłynęło 135 odwołań do dyrektora POW NFZ i 66 odwołań do Prezesa NFZ oraz 8 skarg do sądu administracyjnego. Nie prowadzono rokowań ze świadczeniodawcami. Zawarto 298 umów z 289 świadczeniodawcami⁶.

[dowód: akta kontroli str. 4-7]

1.3. Zasady rozliczania umów

Udzielanie świadczeń zdrowotnych rozliczano na podstawie:

- przekazywanych przez świadczeniodawców za pośrednictwem systemu informatycznego SZOI raportów statystycznych i zweryfikowanych przez POW NFZ liczby punktów i określonej w umowie ze świadczeniodawcą ceny jednostkowej za punkt, zaś w przypadku *pomocy doraźnej* i programu *ortodontycznej opieki nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki* – na podstawie kwoty ryczałtu (kolejno 12-godzinnego i miesięcznego) określonej w umowie ze świadczeniodawcą,
- rachunków przedstawionych przez świadczeniodawców.

[dowód: akta kontroli str. 131]

Jak wyjaśnił st. specjalista w Dziale Monitorowania, Analiz i Planowania Świadczeń, zajmujący się m.in. weryfikacją raportów statystycznych:

- automatyczna walidacja w stomatologii obejmowała ok. 100 różnego rodzaju błędów oraz że najczęstszymi błędami były:
 - niezgłoszenie przez świadczeniodawcę korekty informacji o udzielonym świadczeniu, co było ujawniane w chwili wpływu kolejnej korekty – która nie była ujmowana w bazie świadczeń w systemie komputerowym KS-SIKCH. W rezultacie skorygowane świadczenie nie mogło zostać rozliczone do momentu wpływu do KS-SIKCH informacji o pierwszej korekcie,
 - nieprzekazanie informacji o przyczynie medycznej udzielenia świadczenia. W rezultacie informacja o danym świadczeniu nie była ujmowana w bazie KS-SIKCH i świadczenie nie mogło zostać rozliczone – do czasu przysłania brakującej informacji.
- Błędy walidacyjne występowały w około 1% świadczeń przedstawionych w raportach. Źródła obu rodzajów błędów leżały po stronie świadczeniodawcy lub wynikały z niewłaściwego działania KS-SIKCH;
- prowadzona przez pracowników POW NFZ weryfikacja miesięcznych raportów statystycznych obejmowała sprawdzenie 50-60 możliwych błędów. W jej wyniku najczęściej stwierdzano wykonanie świadczenia w zakresie zęba, który – wg. wcześniejszego raportu – był usunięty, a także niewpisanie numeru zęba lub wpisanie numeru niewłaściwego numeru zęba dla wykazanej usługi, jednoczesowe występowanie leczenia stomatologicznego i szpitalnego, nieprzestrzeganie limitów wieku i odstępu czasowego, obowiązujących przy udzielaniu poszczególnych świadczeń. Błędy weryfikacyjne występowały w około 5-8% świadczeń wykazanych w raportach statystycznych. Świadczenia nie mogły zostać rozliczone do czasu wyjaśnienia niezgodności. Przyczyny wystąpienia błędów w raportach leżały po stronie świadczeniodawców.

[dowód: akta kontroli str. 24-25]

⁵ w łącznej liczbie świadczeniodawców oddzielnie określono liczbę w każdym zakresie świadczeń.

⁶ stan na dzień 19.09.2012 r.

1.4. Kontrole wykonania umów

Roczne projekty planu kontroli sporządzane były – na podstawie propozycji przedstawionych przez poszczególne Wydziały/Działy POW NFZ oraz wytycznych Prezesa NFZ – przez zespół ds. opracowania planu kontroli, powoływany corocznie zarządzeniem Dyrektora POW NFZ. Projekty te były następnie zatwierdzane przez Dyrektora POW NFZ.

[dowód: akta kontroli str. 26-27]

Uzasadnieniem podjęcia kontroli doraźnych była – jak wyjaśniła kierownik Działu Kontroli Realizacji Umów na Świadczenia – głównie konieczność zweryfikowania prawdziwości danych przedstawionych w ofertach, dostępności do świadczeń oraz odniesienie się do wpływających skarg.

[dowód: akta kontroli str. 28]

Kontrole realizacji świadczeń stomatologicznych wykonywane były przez pracowników Działu Kontroli, sporadycznie z udziałem innych pracowników Oddziału. Od 1.01.2010 r. do 30.08.2012 r. przeprowadzono 100 takich kontroli. I tak:

- w 2010 r. przeprowadzono ogółem 10 kontroli. W wyniku wykonania 9 planowych kontroli realizacji umów stwierdzono głównie przedstawianie przez świadczeniodawców niezgodnych ze stanem faktycznym danych, na podstawie których POW NFZ dokonał płatności nienależnych środków finansowych (4 kontrole). Skierowane w związku z tym zalecenia pokontrolne zostały zrealizowane. Przeprowadzono też doraźną kontrolę w tym zakresie, stwierdzając wystąpienie przerwy w udzielaniu świadczeń bez poinformowania POW NFZ i zgody Dyrektora Oddziału. Zalecenie dotyczące udzielania świadczeń przez cały okres obowiązywania umowy zostało przez świadczeniodawcę zrealizowane w toku dalszego udzielania świadczeń;
- w 2011 r. przeprowadzono ogółem 70 kontroli. W wyniku wykonania 9 kontroli planowych stwierdzono głównie przedstawianie przez świadczeniodawców niezgodnych ze stanem faktycznym danych, na podstawie których POW NFZ dokonał płatności nienależnych środków finansowych (7 kontrole). Sformułowane w związku z tym zalecenia zostały zrealizowane. W wyniku przeprowadzenia 61 kontroli doraźnych stwierdzono przede wszystkim realizowanie 16 umów niezgodnie z ich postanowieniami, w tym 6 przypadków nieuprawnionej przerwy w udzielaniu świadczeń (bez zgody Dyrektora Oddziału), ponadto w przypadku 8 umów wnioskowano o realizację umowy przez cały okres jej obowiązywania zgodnie z jej treścią i obowiązującymi przepisami. Zalecenia pokontrolne zrealizowano w trakcie dalszej realizacji umowy, zaś z jednym świadczeniodawcą umowę rozwiązano;
- w 2012 r. (do 31 sierpnia) przeprowadzono ogółem 20 kontroli. W wyniku przeprowadzenia 4 kontroli planowych stwierdzono przedstawianie przez świadczeniodawców niezgodnych ze stanem faktycznym danych, na podstawie których POW NFZ dokonał płatności nienależnych środków finansowych (2 kontrole) i niezasadne kwalifikowanie wykonanych świadczeń (2 kontrole). Sformułowane w związku z tym zalecenia zostały zrealizowane, zaś z jednym świadczeniodawcą umowę rozwiązano. W wyniku przeprowadzenia 16 kontroli doraźnych stwierdzono przede wszystkim przedstawianie przez świadczeniodawców niezgodnych ze stanem faktycznym danych, na podstawie których POW NFZ dokonał płatności nienależnych środków finansowych (3 kontrole) i nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej (2 kontrole). Zalecenia pokontrolne zrealizowano, zaś z dwoma świadczeniodawcami rozwiązano umowę.

[dowód: akta kontroli str. 26-27]

1.5. Nadwykonania i niewykonania świadczeń – analizy i finansowanie

Analizę świadczeń wykonanych powyżej limitu określonego w umowach i świadczeń niewykonanych a zaplanowanych w limitach określonych umowami prowadzono co miesiąc w podziale na zakresy i poszczególnych świadczeniodawców.

[dowód: akta kontroli str. 30-32]

W 2010 i 2011 r. wykonano świadczenia stomatologiczne o wartości kolejno 60.087,3 tys. zł i 59.401,7 tys. zł, zaś do 31.08.2012 r. – o wartości 43.112,4 tys. zł.

[dowód: akta kontroli str. 34-35, 46, 132]

Poziom realizacji planu w latach 2010-2011 (wynoszącego kolejno 59.960 tys. zł i 59.050 tys. zł) wzrósł z 99,4% do 99,7%, zaś wartość świadczeń niewykonanych zmalała z 363,8 do 213 tys. zł (tj. z 0,6% do 0,4% planu). Wartość nadwykonań w tych latach wyniosła ogółem 658,1 i 800 tys. zł, zaś w poszczególnych zakresach przedstawia je tabela:

Lp.	Zakres świadczeń	2010		2011	
		liczba tys. pkt	wartość tys. zł	liczba tys. pkt	wartość tys. zł
1	ogólnostomatologiczne	436	386,2	483	432,9
2	ogólnostomatolog. dla dzieci i młodz. do ukończ. 18. r.ż.	82	74,7	53	48,3
3	chirurgia stomatologiczna i periodontologia	78	98,7	116	146,1
4	protetyka stomatologiczna	36	39,8	58	63,6
5	ortodoncja dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. r.ż.	31	34,9	48	53,6
6	ogólnostomatologiczne w znieczuleniu ogólnym	6	18,6	13	45,2
7	protetyka po chirurg. leczeniu nowotworów twarzoczaszki	3	5,1	5	7,3
8	dla grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych	0	0,0	3	3,0

[dowód: akta kontroli str. 34-35, 39]

W latach 2010 i 2011 odpowiednio 21 i 40 świadczeniodawców wystąpiło z roszczeniami na łączną kwotę 92,3 i 33,6 tys. zł. Po aneksowaniu umów opłacono kolejno 130,3 tys. zł i 270,6 tys. zł, tj. 19,8 i 33,8% nadwykonań ogółem, w tym w zakresach świadczeń ogólnostomatologicznych i ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. r. ż. opłacono odpowiednio 1,4% i 0,7% nadwykonań:

Lp.	Zakres świadczeń	2010		2011		wzrost % razem
		liczba tys. pkt	wartość tys. zł	liczba tys. pkt	wartość tys. zł	
1	ogólnostomatologiczne	13	12,3	0	0,0	1,4%
2	ogólnostomatol. dla dz. i młodz. do ukończ. 18. r.ż.	0	0,0	1	1,0	0,7%
3	ortodoncja dla dzieci i młodz. do ukończenia 18. r.ż.	18	19,7	36	39,9	67%
4	chirurgia stomatologiczna i periodontologia	40	50,2	103	130,1	74%
5	protetyka po chirurg. lecz. nowotw. twarzoczaszki	3	5,1	2	3,5	70%
6	ogólnostomatologiczne w znieczuleniu ogólnym	5	18,0	12	39,1	89%
7	dla grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych	0	0,0	3	3,0	100%
8	protetyka stomatologiczna	23	25,1	49	54,0	77%

[dowód: akta kontroli str. 30-31]

Jak wyjaśnił Z-ca Dyrektora POW NFZ Wojciech Kuźmicki, nadwykonania świadczeń ogólnostomatologicznych i ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia opłacono wyłącznie do wartości obowiązujących umów ogółem, głównie wskutek przesunięć między zakresami umowy z danym świadczeniodawcą. Uzasadnienie opłacania nadwykonań w pozostałych zakresach było następujące:

- *ortodoncja dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia* – świadczenia z użyciem aparatów ruchomych przysługują tylko do 13. roku życia i występuje długi czas oczekiwania (średnio ok. 500 dni),
- *chirurgia i periodontologia oraz protetyka* – pogarszający się stan uzębienia osób po 45. roku życia oraz długi czas oczekiwania na świadczenia protetyczne (średnio 247 dni),
- *świadczenia dla osób z grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych* – realizacja świadczeń dla szczególnej grupy pacjentów przez jednego świadczeniodawcę na terenie województwa,

- świadczenia ogólnostomatologiczne w znieczuleniu ogólnym – szczególny charakter świadczeń udzielanych osobom niepełnosprawnym do ukończenia 16. roku życia i osobom z co najmniej umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, realizowanych w pełnym znieczuleniu ogólnym,
- protetyka po chirurgicznym leczeniu nowotworów twarzoczaszki – specyfika leczenia i brak możliwości przewidywania liczby pacjentów.

[dowód: akta kontroli str. 43-44]

Pozostałych nadwykonań nie objęto aneksami do umów, pomimo niewykonania planu kosztów na leczenie stomatologiczne (po rozwiązaniu rezerwy na koszty świadczeń w ramach migracji) w latach 2010 i 2011 na kwoty kolejno 2.704 tys. zł i 4.153 tys. zł. Jak wyjaśnił Z-ca Dyrektora POW NFZ W. Kuźmicki, środki pierwotnie zaplanowane na stomatologię przeznaczono na sfinansowanie innych rodzajów świadczeń: w 2010 r. głównie ugód dotyczących nieopłaconych w 2009 r. świadczeń nielimitowanych i ratujących życie/pilnych (1.500 tys. zł – zgodnie z wytycznymi Prezesa NFZ⁷) oraz leczenia szpitalnego (615 tys. zł - zgodnie z wytyczną Ministra Zdrowia⁸), zaś w 2011 r. głównie świadczeń ratujących życie w leczeniu szpitalnym (3.500 tys. zł).

[dowód: akta kontroli str. 46, 40-43]

W latach 2010 i 2011 wartość niewykonanych świadczeń, które były zaplanowane w umowach, wyniosła ogółem 363,8 i 213 tys. zł, zaś w poszczególnych zakresach przedstawiała się następująco:

Lp.	Zakres świadczeń	Wartość niewykonanych świadczeń w tys. zł	
		2010 r.	2011 r.
1	ogólnostomatologiczne	239,7	119,2
2	chirurgii stomatologicznej i periodontologii	42,0	17,8
3	ortodoncji dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia	25,0	33,1
4	ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. r.ż.	38,3	12,5
5	protetyki stomatologicznej	2,3	27,3
6	ogólnostomatologiczne udzielane w znieczuleniu ogólnym	10,8	0,1
7	protetyki stomatologicznej dla świadczeniobiorców po chirurgicznym leczeniu nowotworów w obrębie twarzoczaszki	0,6	0,0
8	Program ortodontycznej opieki nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki	5,0	3,1

[dowód: akta kontroli str. 39]

Jak poinformował Dyrektor POW NFZ J. Roleder:

- najczęstszymi przyczynami niewykonania świadczeń była niska zgłaszalność pacjentów oraz nieplanowane, losowe przerwy w udzielaniu świadczeń. Ponadto POW NFZ udzielał zgody na planowe przerwy w pracy do 26 dni w ciągu roku kalendarzowego (nie udzielano zgody jednocześnie dla wszystkich świadczeniodawców na danym obszarze),
- w przypadku niewykonania świadczeń przez danego świadczeniodawcę POW NFZ proponował zmniejszenie kwoty zobowiązania na dany okres finansowania do wartości prognozowanej realizacji obliczonej na podstawie dotychczasowego wykonania. Pozostałe z tego tytułu środki finansowe były w pierwszej kolejności wykorzystane na opłacenie nadwykonań innych świadczeń danego świadczeniodawcy.

[dowód: akta kontroli str. 37-38]

⁷ z 13.05.2010 r. znak NFZ/CF/DEF/2010/077/0109/W/09841/ER.

⁸ przekazaną na spotkaniu w dniu 22.12.2009 r.

Jak wyjaśniła naczelnik Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej, w przypadku niewykonania świadczeń w danym półroczu, na kolejne półrocze proponowano zmniejszenie określonej w umowie liczby świadczeń do poziomu wynikającego z dotychczasowego wykonania.

[dowód: akta kontroli str. 22-23]

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

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność w badanym obszarze.

2. Zapewnienie dostępności do usług stomatologicznych

Dostępność do świadczeń stomatologicznych przedstawiała się następująco w poszczególnych zakresach:

- 1) **ogólnostomatologiczne** – na lata 2010-2012 łączne zapotrzebowanie na świadczenia (tj. plan) określono na odpowiednio 47.393, 45.410,5 i 44.967 tys. punktów (za kolejno 43.191,1; 41.419,3 i 46.316,4 tys. zł), zaś zakontraktowano 45.627, 44.705 i 46.803 tys. punktów (za 41.607,5; 40.774,5 i 44.454,8 tys. zł) – tj. 96,3; 98,4 i 104,1% planu. W tych latach (do 31.08.2012 r.) wykonano świadczenia w liczbie 45.776; 45.090 i 31.392 tys. punktów (o wartości 41.734,2; 41.115,2 i 29.817,4 tys. zł), tj. 100,3; 100,9 i 67,1% liczby świadczeń zakontraktowanych. Zakontraktowano i realizowano świadczenia we wszystkich gminach⁹.

[dowód: akta kontroli str. 48-49]

Występowały różnice w liczbie zakontraktowanych świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców. Na lata 2010-2011 r. w 8 gminach¹⁰ zakontraktowano 129-245 pkt i w 3 z tych gmin¹¹ w 2012 r. utrzymano kontraktowanie na poziomie 215-252 pkt. Z kolei w 6 innych gminach¹² na lata 2010-2011 zakontraktowano 450-522 pkt, utrzymując w nich 2012 r. poziom powyżej 391 pkt, zaś w 3 innych gminach¹³ określając go na 269-303 pkt. Świadczeń udzielono łącznie na rzecz 16,5; 16,7 i 12% dorosłych oraz 26,6; 25,3 i 20% dzieci i młodzieży.

[dowód: akta kontroli str. 48-49]

W poszczególnych gminach zrealizowanymi świadczeniami objęto:

- w 2010 r. dorosłych: od 4,4-7,9% w 4 gminach do 21-33,6%¹⁴ w 5 gminach oraz dzieci i młodzież: od 0,7-4,2% w 5 gminach do 53,2-82,6%¹⁵ w 6 gminach;
- w 2011 r. dorosłych: od 4,6-8,9% w 6 gminach do 21,7-27,5%¹⁶ w 4 gminach oraz dzieci i młodzież: od 1,2-4,1% w 4 gminach do 55,2-67,1%¹⁷ w 6 gminach;
- w 2012 r. (do 31.08) dorosłych: od 15,8-20,6% populacji w 5 gminach¹⁸ do 3,1-8,9% w 9 gminach oraz dzieci i młodzież: od 42,6-52% w 4 gminach¹⁹ do 1,3-7,7% w 8 gminach. W latach 2010-2011 na terenie gmin zrealizowano 93-100% świadczeń zakontraktowanych (zaś do 31.08.2012 r. – 50-95% świadczeń zakontraktowanych).

[dowód: akta kontroli str. 48-49]

⁹ za zakontraktowanie świadczeń w 6-8 gminach wiejskich uznano zakontraktowanie ich w położonych w ich centrum gminach miejskich.

¹⁰ Szczuczyn, Mały Płock, Stawiski, Nowogród, Jasionówka, Sejny (miasto i wieś), Janów, Rutki.

¹¹ Stawiski, Sejny, Janów.

¹² Choroszcz, Łapy, Michałowo, Dubicze Cerkiewne, Kleszczele, Szepietowo.

¹³ Zabłudów, Śniadowo, Szumowo.

¹⁴ 4,4-7,9%: m.in. Płaska, Jasionówka, Szumowo, Kolaki Kościelne, 22,4-33,6%: m.in. Łapy, Kleszczele, Wysokie Mazowieckie.

¹⁵ 0,7-4,2%: m.in. Miastkowo, Płaska, Janów, Dziadkowice; 53,2-82,6%: m.in. Kleszczele, Sokoły, Hajnówka (gm. wiejska).

¹⁶ 4,6-8,9% m.in. Płaska, Jasionówka, Sidra, Mały Płock; 21,7-27,5%: m.in. Kleszczele, Łapy, Wysokie Mazowieckie (m. i gm. wiejska).

¹⁷ 1,2-4,1%: Miastkowo, Płaska, Janów, Poświętne; 55,2-67,1%: m.in.

¹⁸ Łapy, Hajnówka miasto, Kleszczele, Przytuły, Trzcianne.

¹⁹ Czeremcha, Sokoły, Kleszczele, Hajnówka (gm. wiejska).

- 2) **ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia** – łączne zapotrzebowanie na świadczenia (tj. plan) określono na 4.418,4; 4.125,6 i 4.410 tys. punktów (za 4.000,4; 3.736,4 i 4.718,7 tys. zł), zaś zakontraktowano odpowiednio 4.201,3; 4.046,7 i 4.249,8 tys. punktów (za 3.804,5; 3.666,7 i 4.139,7 tys. zł), tj. 95,1; 98,1 i 96,4% planu. Na lata 2010-2011 świadczenia w konkursie głównym zakontraktowano na poszczególne powiaty (zaś w konkursach uzupełniających – na grupy powiatów), zaś w konkursach na 2012 r. na 5 grup²⁰ powiatów: [1] miasto Białystok i białostocki, [2] moniecki, grajewski i sokólski, [3] m. Łomża, łomżyński, zambrowski, kolneński i wysokomazowiecki, [4] bielski, hajnowski i siemiatycki oraz [5] m. Suwałki, suwalski, augustowski i sejneński. W przeliczeniu na 10 tys. osób do ukończenia 18. roku życia na 2012 r. w grupie 2 zakontraktowano 240 tys. pkt, zaś w grupach 5 i 3 odpowiednio 132 i 161 tys. pkt oraz do 31.08 wykonano odpowiednio 161 oraz 93 i 109 tys. pkt (co stanowiło 67-71% liczby świadczeń z umów). Także w latach 2010/2011 w grupach tych²¹ zakontraktowanych było kolejno 269/262 oraz 123/122 i 131/125 tys. punktów (oraz wykonano 272/264 oraz 124/123 i 135/127 tys. punktów). Jak wyjaśnił Z-ca Dyrektora W. Kuźmicki, na 2012 r. w grupach 5 i 3, w związku z niższym wykonaniem w poprzednich latach, zaplanowano wzrost o 8 i 14-15%, co zrealizowano, zaś w grupie 2 pierwotnie planowano zmniejszenie liczby świadczeń o 17%, jednak wskutek obniżenia przez świadczeniodawców cen jednostkowych zakupiono więcej świadczeń. Nie zakontraktowano świadczeń w powiatach grajewskim i kolneńskim, pomimo złożenia ofert przez świadczeniodawców.

[dowód: akta kontroli str. 114-115, 50]

- 3) **profilaktyczne świadczenia stomatologiczne dla dzieci do ukończenia 6. roku życia i profilaktyczne świadczenia stomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19. roku życia**: świadczenia zakontraktowano w ramach ww. 2 zakresów (wskazanych w punktach 1 i 2) – zgodnie z § 12 zarządzeń nr 59 z 2009 r. i nr 55 z 2010 r. Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie stomatologiczne – bez określania liczby punktów, jakie mają zostać wykorzystane na ich udzielenie. W latach 2010-2012 (do 31.08):
- dla dzieci do ukończenia 6. roku życia wykonano świadczenia w liczbie 186; 138 i 159 tys. punktów - o wartości 169,9; 125,5 i 153,1 tys. zł, przy czym kolejno w 57, 70 i 64 ze 118 gmin z terenu województwa świadczeń nie zrealizowano, zaś w pozostałych gminach – w przeliczeniu na 10 tys. dzieci – świadczeniami objęto około 14-761, 43-540 i 21-657 osób;
 - dla młodzieży do ukończenia 19. roku życia wykonano świadczenia w liczbie 264; 182 i 141 tys. punktów – o wartości 243,1; 167 i 135 tys. zł, przy czym kolejno w 57, 70 i 64 ze 118 gmin świadczeń nie zrealizowano, zaś w pozostałych gminach – w przeliczeniu na 10 tys. młodzieży – świadczeniami objęto około 94-1210, 37-786 i 40-973 osób.

[dowód: akta kontroli str. 51-54]

Jak wyjaśnił Z-ca Dyrektora W. Kuźmicki, POW NFZ nie ma kompetencji ani narzędzi aby wymagać obowiązkowego wykonywania tych świadczeń oraz że świadczeniodawca udzielając świadczeń kieruje się potrzebami pacjentów.

[dowód: akta kontroli str. 115-116]

- 4) **ortodoncji dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia** – zapotrzebowanie na lata 2010-2012 określono na 4.488; 4.398,1 i 4.554,2 tys. punktów (za 5.026,6, 4.925,9 i 5.419,5 tys. zł), zaś zakontraktowano 4.442,3; 4.348,8 i 4.487,5 tys. punktów (za 4.975,4; 4.870,6 i 5.323,8 tys. zł), tj. 98,2-98,9% planu. Zapewniono świadczenia we wszystkich 5 ww. grupach powiatów. Zrealizowano świadczenia na 4.433,9; 4.341,6 i 2.912,2 tys. punktów, tj. w latach 2010-2011 99,8%, zaś do 31.08.2012 r. 64,9% liczby świadczeń zakontraktowanych. W przeliczeniu na 10 tys. dzieci i młodzieży

²⁰ w innym układzie niż w konkursach uzupełniających na lata 2010-2011.

²¹ kontraktowano w innym układzie powiatów, grupy z kontraktowania na rok 2012 przyjęto dla celów porównawczych.

do ukończenia 18. roku życia, w 2012 r. w Białymstoku i powiecie białostockim zakontraktowano 299 tys. punktów, w grupach powiatów 2 i 4²² – 162 i 170 tys. pkt, zaś w grupach powiatów 3 i 5²³ – 96 i 117 tys. pkt oraz zrealizowanymi świadczeniami objęto: w Białymstoku i powiecie białostockim 926 osób; w powiatach monieckim, grajewskim i sokólskim – 485 osób, zaś w pozostałych grupach powiatów – 273-299 osób.

[dowód: akta kontroli str. 55]

Jak wyjaśniła naczelnik Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej, rozmieszczenie terytorialne świadczeniodawców jest nierównomierne i po przeprowadzeniu konkursu głównego w grupie 1 zakontraktowana była mniejsza liczba punktów, w związku z czym w celu zakontraktowania całej zaplanowanej kwoty na ortodoncję, w wyniku przeprowadzenia konkursów uzupełniających umowy zawarto praktycznie ze wszystkimi ortodontami, którzy się o nie ubiegali.

[dowód: akta kontroli str. 61-62]

- 5) **protetyki stomatologicznej** – na lata 2010-2012 zaplanowano zakup świadczeń w liczbie 4.163,7; 4.190 i 4.297,5 tys. punktów (za 4.636,8; 4.666,2 i 4.942,1 tys. zł), zaś zakontraktowano 4.188,9; 4.238 i 4.569,6 tys. punktów (za 4.664,9; 4.719,2 i 4.894,3 tys. zł), tj. 101,6-106,3% planu. Zapewniono świadczenia we wszystkich 5 ww. grupach powiatów. Zrealizowano świadczenia w liczbie 4.200; 4.222,3 i 3.137,8 tys. punktów, tj. w latach 2010-2011 99,6-100,3%, zaś do 31.08.2012 r. 68,7% liczby świadczeń zakontraktowanych. W przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców, w 2012 r. w Białymstoku i powiecie białostockim zakontraktowano świadczenia w liczbie 58 tys. pkt, zaś w pozostałych powiatach 24-30 tys. pkt oraz do 31.08 zrealizowano odpowiednio 40 tys. pkt i 17-20 tys. pkt, udzielając świadczeń kolejno 62 i 20-31 pacjentom.

[dowód: akta kontroli str. 57]

Jak wyjaśniła naczelnik Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej, poza Białymstokiem świadczeń udziela mniejsza liczba protetyków oraz że w związku z uzyskaniem – po przeprowadzeniu konkursu głównego – najmniejszej dostępności w powiatach monieckim, grajewskim i sokólskim, przeprowadzono dla tej grupy konkurs uzupełniający, w wyniku którego zawarto umowę z dodatkowym świadczeniodawcą.

[dowód: akta kontroli str. 61-62]

- 6) **chirurgii stomatologicznej i periodontologii** – na lata 2010-2012 zaplanowano zakup świadczeń w liczbie 2.966; 3.004 i 2.970 tys. punktów (za 3.731,8, 3.779,7 i 3.742,2 tys. zł), zaś zakontraktowano (po konkursach uzupełniających) 2.984,2; 3.060 i 3.534,7 tys. punktów (za 3.754,8; 3.850,5 i 4.131,3 tys. zł), tj. w 2010-2011 r. 100,6-101,9% planu, zaś w 2012 r. 119% planu. Zapewniono świadczenia we wszystkich 4 grupach powiatów: [1] m. Białystok, białostocki, moniecki, sokólski i grajewski, [2] m. Suwałki, suwalski, augustowski i sejneński, [3] m. Łomża, łomżyński, zambrowski, kolneński i wysokomazowiecki oraz [4] bielski, hajnowski i siemiatycki. Zrealizowano świadczenia na 2.990,3; 3.063,2 i 2.373,1 tys. punktów, tj. w 2010-2011 r. 100,2-101,9%, zaś do 31.08.2012 r. 67,1% liczby świadczeń zakontraktowanych. W przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców, w 2012 r. w grupach 1 i 2 świadczeń udzielono 142 i 131 pacjentom, zaś w grupach 3 i 4 – kolejno 60 i 27 pacjentom.

[dowód: akta kontroli str. 56]

Jak wyjaśniła naczelnik Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej, na terenie powiatów grup 3 i 4 jest mniej specjalistów – w 2012 r. kolejno 3 i 1, zaś wcześniej – po 1 specjalście w tej dziedzinie.

[dowód: akta kontroli str. 61-62]

²² tj. moniecki, grajewski i sokólski oraz bielski, hajnowski i siemiatycki.

²³ tj. Łomża, łomżyński, zambrowski, kolneński i wysokomazowiecki oraz m. Suwałki, suwalski, augustowski i sejneński.

Świadczenia kontraktowane dla obszaru całego województwa:

- 1) **pomoc doraźna** – na lata 2010-2011 planowano zakup 954 ryczałtów 12-godzinnych, zaś na 2012 r. – 479 takich ryczałtów (na lata 2010 i 2011 za 300,5; a na 2012 r. za 191,6 tys. zł), zaś zakontraktowano kolejno 950, 954 i 480 ryczałtów (za 299,3; 300,5 i 172,8 tys. zł), tj. 99,6-100,2%. W latach 2010-2011 zrealizowano 950 ryczałtów, tj. 100% świadczeń zakontraktowanych, zaś do 31.08.2012 r. – 157 ryczałtów, tj. 33% świadczeń zakontraktowanych;
 - 2) **dla świadczeniobiorców z grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych** – na lata 2010-2012 planowano zakup świadczeń w liczbie 90; 79 i 83 tys. punktów (za 87,3; 77,2 i 124,5 tys. zł), zaś zakontraktowano ostatecznie 72; 75 i 83 tys. punktów (za 69,5; 72,6 i 124,5 tys. zł), tj. 79,6; 94 i 100% planu. Zrealizowano świadczenia w liczbie 72, 75 i 56 tys. punktów, tj. w 2010-2011 r. 100-102%, zaś w 2012 r. 67,4% liczby świadczeń zakontraktowanych;
 - 3) **ogólnostomatologiczne udzielane w znieczuleniu ogólnym** – na lata 2010-2012 zaplanowano zakup świadczeń w liczbie 243; 193 i 240 tys. punktów (za 813,8; 647,9 i 984 tys. zł), zaś zakontraktowano 189; 196 i 208 tys. punktów (za 635; 657 i 853,3 tys. zł), tj. 78, 101,4 i 86,7% planu, zaś zrealizowano świadczenia w liczbie 186; 198 i 141 tys. punktów, tj. w 2010-2011 r. 98,4-101,1%, zaś w 2012 r. 67,8% liczby świadczeń zakontraktowanych;
 - 4) **protetyka po chirurgicznym leczeniu nowotworów w obrębie twarzoczaszki** na lata 2010-2012 zaplanowano zakup świadczeń w liczbie 7,2; 12,6 i 12 tys. punktów (za 10,8, 18,9 i 20,4 tys. zł), zaś zakontraktowano ostatecznie 11,7; 14,1 i 3,6 tys. punktów (za 17,6; 21,1 i 6,8 tys. zł), tj. w 2010-2011 r. 163 i 111% planu, zaś w 2012 r. 30% planu. Wykonano 11,3; 16 i 3,8 tys. punktów, tj. 111-114% liczby świadczeń zakontraktowanych. Od 1.05.2012 r. świadczenia nie są zakontraktowane w związku z wypowiedzeniem umowy przez jedyne świadczeniodawcę i niezgłoszeniem się świadczeniodawców w konkursie uzupełniającym (kolejny konkurs zostanie ogłoszony pod koniec 2012 r.);
- [dowód: akta kontroli str. 58]
- 5) w ramach **programu ortodontycznej opieki nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki** na lata 2010-2012 zaplanowano realizację 408, 384 i 396 ryczałtów miesięcznych (za 102, 107,9 i 114,8 tys. zł), zaś zakontraktowano 388, 384 i 372 takie ryczałty (za 97, 107,9 i 114,8 tys. zł), tj. 94-100% planu. Zrealizowano 368; 373 i 273 ryczałtów, tj. w 2010-2011 r. 95-97%, zaś w 2012 r. 73% liczby świadczeń zakontraktowanych.

[dowód: akta kontroli str. 61-62, 21]

W ramach ww. 4 zakresów, świadczenia były zakontraktowane i udzielane u 1 świadczeniodawcy w Białymstoku. Jak wyjaśniła naczelnik Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej, pomimo ogłoszenia konkursu dla terenu całego województwa, poza miastem Białystok od lat nie zgłaszają się świadczeniodawcy gotowi do realizacji świadczeń w tych zakresach. Nie ma sygnałów o zapotrzebowaniu na *pomoc doraźną* poza terenem Białegostoku. Pacjenci z *grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych* mogą skorzystać ze świadczeń w każdym gabinecie stomatologicznym, przy czym dentysta ma prawo skierować go do gabinetu realizującego świadczenia dla grupy wysokiego ryzyka. Nie mamy danych o tym, ile osób z grup wysokiego ryzyka leczy się w ramach świadczeń innych niż *dla świadczeniobiorców z grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych*. Ze świadczeń *ogólnostomatologicznych w znieczuleniu ogólnym* korzysta miesięcznie około 30 osób z umiarkowanym lub znacznym stopniem niepełnosprawności, z terenu całego województwa. Świadczeniodawcy spoza Białegostoku nie są przygotowani pod względem kadrowym i sprzętowym do udzielania takich świadczeń, podobnie jak świadczeń *protetyki po chirurgicznym leczeniu nowotworów w obrębie twarzoczaszki* i świadczeń udzielanych w ramach programu *ortodontycznej opieki nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki*.

[dowód: akta kontroli str. 61-62]

Ustalono
nieprawidłowości

Uwagi dotyczące
badanej działalności

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

1. Na lata 2012-2014 nie zakontraktowano świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia w powiatach grajewskim i kolneńskim (2 z 17²⁴), pomimo iż świadczeniodawcy z terenu tych powiatów złożyli oferty spełniające wymogi NFZ i sklasyfikowane w ostatecznym rankingu. Przyczyną niewybrania ofert z tych powiatów było określenie obszarów kontraktowania na grupy powiatów (a nie – jak w konkursie na lata 2010-2011 – na powiaty). W rezultacie ofert z tych powiatów nie wybrano z powodu uzyskania przez nie mniejszej liczby punktów (kolejno 42,06 i 19,16) niż oferty z sąsiednich powiatów (ocenione na 70,83 i 45,83 punktów). W rezultacie mogło nastąpić ograniczenie dostępności do świadczeń w tym zakresie w powiatach grajewskim i kolneńskim (świadczenia mogły być wprowadzone wykonywane w ramach zakresu świadczeń ogólnostomatologicznych, który został u świadczeniodawców z tych powiatów zakontraktowany, jednak świadczeniodawcy ci mogli wykonać dowolnie dużą część świadczeń na rzecz pacjentów starszych). Z-ca Dyrektora W. Kuźmicki wyjaśnił, że w związku z nierównomiernym rozmieszczeniem świadczeniodawców, w latach 2009-2011 niezbędne okazały się konkursy uzupełniające, pomimo których nie zgłosili się świadczeniodawcy z powiatu kolneńskiego (i sejneńskiego) oraz że od 1.01.2012 r. zakontraktowano więcej świadczeń niż planowano (dzięki obniżeniu cen przez oferentów). Naczelnik Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej wyjaśniła ponadto, że dzięki temu wyłoniono świadczeniodawców oferujących lepsze warunki udzielania świadczeń.

[dowód: akta kontroli str. 180-111, 115-116, 61-62]

2. Występowały znaczące różnice w liczbie zakontraktowanych punktów między poszczególnymi gminami w zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych: w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców na lata 2010-2011 r. w 6 gminach²⁵ zakontraktowano 215-286 pkt i w 3 z tych gmin²⁶ w 2012 r. utrzymano kontraktowanie na poziomie 215-252 pkt. Z kolei w 6 innych gminach²⁷ na lata 2010-2011 zakontraktowano 450-522 pkt, utrzymując w nich w 2012 r. poziom powyżej 391 pkt, zaś w 3 innych gminach²⁸ określając go na 269-303 pkt. W latach 2010-2011 na terenie gmin zrealizowano 93-100% planu (zaś do 31.08.2012 r. – 50-95% planu na ten rok). Jak wyjaśnił Z-ca Dyrektora W. Kuźmicki, w gminach, w których zakontraktowano mniejszą liczbę świadczeń nie było możliwości zwiększenia poziomu umów, gdyż umowy zawarto ze wszystkimi chętnymi świadczeniodawcami zgodnie z ich propozycjami, w tym w 2 gminach umowy ze świadczeniodawcami musiały zostać rozwiązane, zaś zwiększenie liczby punktów w innych gminach wynikało z konieczności zakontraktowania minimum pół etatu przeliczeniowego²⁹.

[dowód: akta kontroli str. 48-49, 123-125]

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność w badanym obszarze.

²⁴ 3 powiaty grodzkie policzono razem z otaczającymi je powiatami ziemskimi.

²⁵ Zabłudów, Stawiski, Sejny (miasto i wieś), Janów, Rutki, Szumowo.

²⁶ Stawiski, Sejny, Janów.

²⁷ Choroszcz, Łapy, Michałowo, Dubicze Cerkiewne, Kleszczele, Szepietowo.

²⁸ Zabłudów, Śniadowo, Szumowo.

²⁹ wymaganego w § 8 Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w latach 2010-2012

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

3.1. Organizacja systemu profilaktyki opieki stomatologicznej nad dziećmi i młodzieżą

W latach 2010-2012 profilaktyczna opieka stomatologiczna nad dziećmi i młodzieżą realizowana była w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju:

- 1) podstawowa opieka zdrowotna, w zakresie świadczeń pielęgniarstwa szkolnej – obejmującym edukację w zakresie higieny jamy ustnej i prowadzenie grupowej profilaktyki fluorkowej³⁰,
- 2) leczenie stomatologiczne, w ramach zakresów *świadczenia ogólnostomatologiczne i świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia* – zgodnie z postanowieniami § 12 zarządzeń nr 59 z 2009 r. i nr 55 z 2010 r. Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju *leczenie stomatologiczne*. Obejmowała ona profilaktyczne świadczenia stomatologiczne dla dziecka w 6., 7. i 10. roku życia i dla młodzieży w 12., 13., 16. i 19. roku życia, wymienione w § 12 ust. 1 ww. zarządzenia.

[dowód: akta kontroli str. 23]

W latach 2010-2012 (do 31.08) w województwie świadczeniami tymi objęto kolejno 5,2; 4,1 i 3,2 tys. osób w wieku 7-18 lat, tj. około 3,2; 2,5 i 2% populacji z terenu województwa³¹. Nadzór nad realizacją tych świadczeń – jak wyjaśniła naczelnik Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej – polegał na analizie raportów statystycznych i prowadzeniu kontroli świadczeniodawców

[dowód: akta kontroli str. 126, 22-23]

POW NFZ nie posiadał informacji na temat programów zdrowotnych realizowanych i finansowanych przez jednostki samorządu terytorialnego z terenu województwa. W 2010 i 2011 r. w Sejnach i Lipsku realizowano programy *Radosny Uśmiech, Radosna Przyszłość*, mający na celu zapobieganie chorobom zębów i dziąseł. Inne jednostki samorządu terytorialnego takich programów nie prowadziły.

[dowód: akta kontroli str. 66, 128-130]

3.2. Przekazywanie Wojewodzie Podlaskiemu informacji o profilaktycznej opiece nad uczniami

Zgodnie z postanowieniem § 11 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie *organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą*³², po zawarciu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w środowisku nauczania i wychowania NFZ przekazuje do właściwego wojewody następujące dane: nazwę i adres świadczeniodawcy, miejsce udzielania uczniom świadczeń profilaktycznych oraz liczbę uczniów objętych opieką.

Pismami z dnia 25.10.2010 r., 22.03.2011 r. i 23.02.2012 r. POW NFZ przekazał Wojewodzie Podlaskiemu dane zawierające nazwy i adresy świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie świadczeń pielęgniarstwa szkolnego oraz liczbę uczniów objętych opieką w latach 2010-2012, zaś pismem z dnia 18.06.2012 r. – na pisemną prośbę Wojewody – także wykaz miejsc udzielania świadczeń w 2012 r. Wykazów miejsc udzielania świadczeń w latach 2010-2011 Wojewodzie nie przekazano. Kierownik Działu Kontraktowania Świadczeń wyjaśniła, że w systemie informatycznym SZOI

³⁰ zgodnie z wykazem świadczeń gwarantowanych pielęgniarstwa szkolnego udzielanych w środowisku nauczania i wychowania, stanowiącym Załącznik nr 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie *świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej* (Dz. U. Nr 139 poz. 1139 ze zm.).

³¹ wynoszącej na koniec 2010 r. 161,2 tys. osób.

³² Dz. U. Nr 139, poz. 1133.

nie było funkcjonalności umożliwiającej automatyczne sporządzenie takich wykazów, a uzyskanie ich w inny sposób byłoby praktycznie niemożliwe z uwagi na ogromną pracochłonność oraz że Wojewoda nie zwracał się o przekazanie takich danych.

[dowód: akta kontroli str. 68-102, 106]

Były to umowy o udzielanie świadczeń obejmujących edukację w zakresie jamy ustnej i prowadzenie profilaktyki fluorkowej. Przekazywane informacje nie obejmowały profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dla dziecka w 6., 7. i 10. roku życia i dla młodzieży w 12., 13., 16. i 19. roku życia, wymienionych w § 12 ust. 1 zarządzenia nr 55/2010 Prezesa NFZ z dnia 14 września 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie stomatologiczne. Profilaktyka ta w 2012 r. prowadzona była – zgodnie z § 12 ww. zarządzenia – w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie stomatologiczne w zakresach świadczenia ogólnostomatologiczne i świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia.

[dowód: akta kontroli str. 68-102]

Ustalone
nieprawidłowości

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

Uwagi dotyczące
badanej działalności

1. POW NFZ nie podejmował działań w celu objęcia profilaktyczną opieką stomatologiczną wszystkich uczniów ani nie egzekwował wymaganej postanowieniem § 5 pkt 1-3 Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą współpracy w tym zakresie dentysty z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarką i higienistką szkolną. W latach 2010-2012 (do 31.08) w województwie świadczeniami tymi objęto kolejno 5,2; 4,1 i 3,2 tys. osób w wieku 7-18 lat, tj. około 3,2; 2,5 i 2% populacji z terenu województwa. Jak ustalono w toku kontroli przeprowadzonych przez NIK w NZOZ Poradni Stomatologicznej J. Szczurko w Białymstoku i SPZOZ w Siemiatyczach, świadczeniodawcy ci nie prowadzili współpracy w sposób określony w ww. rozporządzeniu, także w celu objęcia profilaktyką wszystkich uczniów. W rezultacie profilaktyczna opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą mogła być realizowana w sposób niepełny i nie obejmowała wszystkich uczniów. Jak wskazał Dyrektor J. Roleder:
 - świadczenia profilaktyczne są dobrowolne (zgodnie z art. 15 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³³), w związku z czym oddziały NFZ nie wyposażono w narzędzia pozwalające na skuteczne wymaganie od dentystów udzielania świadczeń wszystkim uczniom,
 - ww. rozporządzenie nie zawiera wytycznych do tej współpracy (zaś oddziały NFZ nie mają kompetencji ich określenia) ani nie wprowadza sankcji za nieprzestrzeganie jego postanowień.

[dowód: akta kontroli str. 63-64]

2. POW NFZ nie posiadał informacji o programach profilaktyki stomatologicznej realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego na terenie województwa. Jak wyjaśnił Dyrektor J. Roleder, przepisy nie nakładają na samorządy obowiązku informowania NFZ o działaniach podejmowanych w tym zakresie i finansowanych z własnych środków. W rezultacie nie uwzględniano tego w planowaniu profilaktyki stomatologicznej w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

[dowód: akta kontroli str. 66]

3. Informacje przekazywane Wojewodzie nie obejmowały profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dla dziecka w 6., 7. i 10. roku życia i dla młodzieży w 12., 13., 16. i 19. roku życia, wymienionych w § 12 ust. 1 zarządzenia nr 55/2010 Prezesa NFZ z dnia 14 września 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie stomatologiczne. Profilaktyka ta w 2012 r. prowadzona była –

³³ Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

zgodnie z § 12 ww. zarządzenia – w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie stomatologiczne w zakresach świadczenia ogólnostomatologiczne i świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia.

[dowód: akta kontroli str. 68-102]

Jak wyjaśnił Dyrektor POW NFZ J. Roleder:

- a) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego³⁴ oraz zarządzenie Nr 55/2010 Prezesa NFZ z dnia 14 września 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia stomatologicznego nie określają jako odrębnie kontraktowanego zakresu świadczeń stomatologicznych w środowisku nauczania i wychowania czy też profilaktycznych świadczeń stomatologicznych. Umowy zawarto na miejsca udzielania świadczeń spełniające wymogi ww. rozporządzenia i zarządzenia (lokalizacja gabinetu w szkole nie stanowiła kryterium oceny),
- b) często w złożonej ofercie świadczeniodawca nie wskazywał umiejscowienia gabinetu w szkole, dentyści nie mają obowiązku przekazywania do POW NFZ informacji o liczbie uczniów szkoły, którym świadczenia profilaktyczne mogłyby być udzielone, ponadto ze świadczeń w tych gabinetach mogą korzystać i korzystają wszyscy świadczeniobiorcy,
- c) zgodnie z § 11 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, POW NFZ przekazywał Wojewodzie dane dotyczące świadczeniodawców realizujących umowy w środowisku nauczania i wychowania - w zakresie świadczeń pielęgniarstwa szkolnego.

[dowód: akta kontroli str. 103-104]

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność w badanym obszarze.

IV. Uwagi i wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli³⁵, wnosi o rozważenie możliwości:

- 1) Wyrównania dostępności do świadczeń ogólnostomatologicznych w poszczególnych gminach, w tym poprzez zróżnicowanie cen jednostkowych, a także nawiązanie współpracy z jednostkami samorządu terytorialnego w rozwiązywaniu tego problemu;
- 2) Określenia obszarów kontraktowania świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia w sposób umożliwiający zakontraktowanie świadczeń w jak największej liczbie powiatów;
- 3) Podjęcia działań zmierzających do objęcia profilaktyką stomatologiczną większej liczby dzieci i młodzieży oraz przekazywania Wojewodzie Podlaskiemu informacji pozwalających mu uzyskać pełny obraz stanu zabezpieczenia profilaktycznej opieki nad uczniami i oceny dostępności do tych świadczeń.

³⁴ Dz. U. Nr 140, poz. 1144 ze zm.

³⁵ 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 Delegatury NIK w Białymstoku.

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 15 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.

Białystok, dnia 27 listopada 2012 r.

Kontroler
Marek Skorupski
Gł. specjalista k. p.

DYREKTOR DELEGATURY
Najwyższej Izby Kontroli
z up. Marian Minkiewicz
WICEDYREKTOR

.....
podpis

.....
podpis