



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Gdańsku

LGD – 4101-016-01/2012

P/12/124

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Gdańsku

ul. Wały Jagiellońskie 36, 80-853 Gdańsk

T +48 58 768 36 00, F +48 58 768 36 05

lgd@nik.gov.pl

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 Gdańsku.

Kontrolerzy 1. Iwona Miklikowska, główny specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr 83167 z 19 września 2012 r.
2. Stanisław Grzesiak, specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr 83168 z 19 września 2012 r.

(dowód: akta kontroli str.4-7)

Jednostka kontrolowana Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Gdańsku, ul. Marynarki Polskiej 148, (dalej: „Oddział NFZ”).

Kierownik jednostki kontrolowanej Barbara Kawińska, Dyrektor Oddziału NFZ.

(dowód: akta kontroli str.1-3)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości¹, działalność Oddziału NFZ dla zapewnienia dostępności opieki stomatologicznej finansowanej ze środków publicznych w latach 2010-2012 (do 9 listopada).

Pozytywną ocenę uzasadnia zapewnienie mieszkańcom na terenie objętym działaniem Oddziału NFZ dostępu do świadczeń w rodzaju leczenie stomatologiczne, poprzez rzetelne określanie potrzeb i zaplanowanie kosztów tych świadczeń, należyty nadzór i kontrolę wykonania umów zawartych ze świadczeniodawcami, a także prawidłową realizację zadań z zakresu profilaktyki chorób jamy ustnej dzieci i młodzieży w ramach podstawowej opieki zdrowotnej.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły nierzetelnego dokumentowania postępowań konkursowych przy wyborze świadczeniodawców usług stomatologicznych.

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

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Określanie zapotrzebowania na świadczenia stomatologiczne w poszczególnych zakresach, na etapie tworzenia planu finansowego

Opis stanu
faktycznego

Planowanie zakupu świadczeń w zakresie usług stomatologicznych w badanym okresie dokonywano w granicach środków określonych w rocznych planach finansowych Oddziału NFZ. Kwoty te zabezpieczały środki finansowe na realizację umów i aneksów o świadczenie usług stomatologicznych (dalej: „umowa o świadczenie STM” lub „umowa”) zawieranych na podstawie postępowań konkursowych odbywających się w latach 2007 – 2012². Zawierając umowy o świadczenie STM stosowano postanowienia zawarte w zarządzeniach Prezesa NFZ z:

- 02.11.2009 r. w sprawie określenia warunków i realizacji umów w rodzaju leczenie stomatologiczne³ (dalej: „zarządzenie Prezesa NFZ z 02.11.2009 r.”),
- 03.11.2009 r. w sprawie warunków postępowania dot. zawierania umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej⁴ (dalej: „zarządzenie Prezesa NFZ 03.11.2009 r.”),
- 13.11.2009 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej⁵ (dalej: „zarządzenie Prezesa NFZ z 13.11.2009 r.”),

a także pisma Prezesa NFZ z 18.12.2009 r. dotyczącego planu finansowego dla Oddziału NFZ (dalej: „pismo z 18.12.2009 r.”).

Oddział NFZ dokonywał podziału środków finansowych uwzględniając zakresy świadczeń stomatologicznych oraz stosując kryterium wyodrębnionego obszaru stomatologicznego zgodnie z wytycznymi Wojewódzkiego Planu Zdrowotnego z 2005 r. tj. 1 etat lekarza przeliczeniowy⁶ mnożony przez liczbę mieszkańców danego obszaru.

W latach 2011-2012, obok ww. kryterium, podstawą określenia zapotrzebowania na świadczenia stomatologiczne były potrzeby zdrowotne ubezpieczonych oraz możliwości ich zaspokojenia przez świadczeniodawców. W tym celu korzystano z zasobów informacyjnych Oddziału NFZ, tj.: sprawozdań świadczeniodawców pokazujących potencjał kadrowy, sprzętowy i lokalowy jednostek, liczbę osób oczekujących na świadczenia, liczbę i strukturę udzielanych świadczeń zdrowotnych. Działania te były zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 21.08.2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych⁷. Ponadto korzystano z raportów pn.: „sytuacja zdrowotna ludności polski”⁸; priorytety ogólnopolskie⁹; założenia do corocznej prognozy kosztów oddziałów wojewódzkich na lata 2012-2014¹⁰. Dla wyceny

² dotyczy to umów zawartych w 2007 r. na okres od 1.01.2008 r. do 31.12.2009 r., aneksowanych do 31.03. 2010 r. oraz umów zawartych w 2010 r. na okres od 01.04.2010 r. do 31.12.2010 r., obowiązujących do 31.12.2012 r.

³ zarządzenie Nr 59/2009/DSOZ,

⁴ zarządzenie Nr 67/2009/DSOZ,

⁵ Zarządzenie Nr 73/2009/DSOZ,

⁶ etat przeliczeniowy - liczba punktów stomatologicznych na miesiąc, przeznaczona na wykonanie świadczeń stomatologicznych przez 1 lekarza udzielającego świadczeń w określonym wymiarze czasu pracy,

⁷ Dz. U Nr 137, poz. 1126,

⁸ opracowanie Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny,

⁹ zgodnie z pismami Prezesa NFZ z dnia 4 sierpnia 2010 r. (znak: DSOZ/2010/075/0754/W/15915/DD) i z dnia 4 sierpnia 2011 r. (znak: NFZ/CF/DSOZ/2011/075/1738/W/20312/JK),

¹⁰ załącznik Nr 1 do pisma Prezesa NFZ z dnia 14 czerwca 2011 r. (znak: NFZ/CF/DEF/2011/077/0160/W/16052/MMA),

świadczeń gwarantowanych Oddział NFZ wykorzystywał wyceny sporządzone przez NFZ - na podstawie art. 146 ust 1 pkt. 1 i art. 159 ust. 2 ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹¹ (dalej: ustawa o świadczeniach zdrowotnych), w związku z § 15 pkt. 3-6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 06.05.2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹² (dalej: rozporządzenie MZ z 06.05.2008 r.) Wartość jednostki rozliczeniowej w poszczególnych umowach, była wynikiem konkursu ofert, w którym świadczeniodawcy składali ofertę cenową wg. własnych kalkulacji kosztów. W umowach renegotiowanych, propozycja finansowa dla danego świadczeniodawcy była uzależniona od poziomu wykonania umowy w roku poprzedzającym i prowadzonych renegotiacji, tzn. w przypadku niewykonania umowy świadczeniodawca otrzymał propozycję finansową proporcjonalną do poziomu wykonania. W pozostałych przypadkach propozycje finansowe ustalono na poziomie umowy pierwotnej.

(dowód: akta kontroli str. 188-256)

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

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działania Oddziału w badanym obszarze.

2. Planowanie kosztów świadczeń stomatologicznych

Opis stanu faktycznego

Oddział NFZ, planując zakupy świadczeń, wyznaczał obszary kontraktowania (gmina, powiat, województwo) określając, wielkość i strukturę potrzeb zdrowotnych określonej populacji oraz wielkość i strukturę zasobów (liczbę lekarzy dentystów i ich specjalizację, liczbę gabinetów, ich wyposażenie). Po rozstrzygnięciu konkursów Oddział NFZ, w przypadkach niezabezpieczenia świadczeń stomatologicznych na określonych obszarach, spowodowanych np. niedoborem lekarzy posiadających odpowiednie kwalifikacje, podejmował dodatkowe działania w celu poprawy dostępności do świadczeń. Ogłaszano postępowania uzupełniające (konkursy/rokowania), które umożliwiały w takich przypadkach zawarcie umów o świadczenia STM z świadczeniodawcami bez względu na ich lokalizację. Zapewnienie „dostępności organizacyjnej”¹³ osiągane było wg jednolitych kryteriów oceny ofert określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 30.08.2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego¹⁴ (dalej: rozporządzenie MZ z 30.08.2009 r.) oraz w zarządzeniu Prezesa NFZ z 02.11.2009 r. i zarządzeniu Prezesa NFZ z 14.09.2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie stomatologiczne¹⁵ (dalej: zarządzenie Prezesa NFZ z 14.09.2010 r.), zmienionego zarządzeniem Prezesa NFZ z 4.04.2011 r.¹⁶, obejmujących:

¹¹ j.t. Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 ze zm.,

¹² Dz. U. Nr 81, poz.484,

¹³ stopień dostosowania organizacyjnych warunków udostępniania świadczeń i praktycznych możliwości korzystania przez pacjentów ze stosowanych rozwiązań-warunki, o których mowa, to czas pracy placówki jak i poszczególnych jej pracowników, zasady rejestracji i ustalania wizyt, możliwość kontaktu telefonicznego i zakres udzielanej pomocy,

¹⁴ Dz. U. Nr 140, poz. 1144 ze zm.,

¹⁵ zarządzenie Nr 55/2010/DSOZ z dnia 14 września 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie stomatologiczne,

¹⁶ zarządzenie Nr 16/2011/DSOZ z dnia 4 kwietnia 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie stomatologiczne,

jakość (45 pkt – kwalifikacje personelu, jego umiejętności oraz doświadczenie; wyposażenie oferenta w sprzęt i aparaturę medyczną; zewnętrzną ocenę jakości; wyniki kontroli prowadzonej przez NFZ); dostępność (10 pkt – ocena w szczególności poprzez: liczbę dni i godziny pracy w harmonogramie pracy; organizację przyjęć świadczeniobiorców; brak barier dla osób niepełnosprawnych); ciągłość (10 pkt – ryzyko jej przerwania w wyniku niespełnienia przez oferenta wymagań, określonych dla zakresu w dniu złożenia oferty) i cenę (30 pkt – odniesienie ceny jednostki rozliczeniowej zaproponowanej przez oferenta w ofercie lub stanowiącej końcowy wynik negocjacji w stosunku do ceny oczekiwanej przez NFZ w danym postępowaniu w sprawie zawarcia umowy). Według wyjaśnienia Dyrektora Oddziału NFZ, nie zakontraktowanie świadczeń dla wyznaczonego obszaru kontraktowania wynikało wyłącznie z braku chętnych do zawarcia umowy z Oddziałem NFZ. W szczególności dotyczyło to świadczeń specjalistycznych z zakresu ortodoncji, chirurgii stomatologicznej i periodontologii, protetyki stomatologicznej, gdzie od wielu lat obserwuje się szczególny deficyt lekarzy specjalistów w tych dziedzinach.

(dowód: akta kontroli: str.242-247,274-450)

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

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działania Oddziału w obszarze planowania kosztów świadczeń stomatologicznych.

3. Kontraktowanie świadczeń stomatologicznych

Opis stanu
faktycznego

- 3.1. Oddział NFZ ogłosił 66 postępowań konkursowych o udzielenie świadczeń stomatologicznych, na okres od 01.04.2010 r. do 31.12.2012 r., z których 12 unieważniono. Przyczynami unieważnienia postępowań były: brak ofert, zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leżało w interesie ubezpieczonych, wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, a z okoliczności wynikało, że na ogłoszony ponownie konkurs zostanie złożonych więcej ofert. Ponadto Oddział NFZ podjął 90 decyzji o przeprowadzeniu rokowań, z których 12 zostało unieważnionych. Konieczność przeprowadzenia rokowań podjęto z powodu ograniczonej liczby świadczeniodawców bądź unieważnienia postępowania.

W trybie postępowań konkursowych, podmioty niepubliczne (509) oraz publiczne (28) ubiegały się o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne na 10 spośród 11 zakresów świadczeń gwarantowanych, wymienionych w rozporządzeniu z 30.08.2009 r. Podmioty publiczne nie złożyły ofert na 2 zakresy świadczeń, tj.: świadczenia protetyki stomatologicznej i na świadczenia protetyki stomatologicznej po chirurgicznym leczeniu nowotworów w obrębie twarzoczaszki. Podmioty niepubliczne natomiast na świadczenia ogólnostomatologiczne udzielane w znieczuleniu ogólnym. Od ww. podmiotów nie wpłynęły oferty na gwarantowane świadczenie stomatologiczne dla pacjentów z grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych, w tym chorych na AIDS. Oddział NFZ zawierał umowy o świadczenia STM z podmiotami, których oferty spełniały wymagania określone w rozporządzeniu MZ z 30.08.2009 r. oraz zarządzeniach Prezesa NFZ z 02.11.2009 r. oraz z 14.09.2010 r.

Komisje konkursowe powołane przez Dyrektora Oddziału NFZ w trakcie prowadzonego postępowania, przeprowadziły kontrole 82 świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie. Nadto w 445 przypadkach Komisja konkursowa zażądała dostarczenia dokumentów potwierdzających informacje zawarte w ofercie oraz złożenia wyjaśnień.

Badanie dokumentacji związanej z odwołaniami (88) złożonymi w 2010 r. do Dyrektora Oddziału NFZ przez świadczeniodawców, których oferty nie zostały wybrane w wyniku ww. postępowań konkursowych wykazało, iż 8 ofert zostało wycofanych przez świadczeniodawców (błędnie uznane za odwołania). Pozostałe odwołania zgodnie z art. 154 ust. 2 ustawy o świadczeniach zdrowotnych, rozpatrzono w terminie siedmiu dni od dnia ich otrzymania,

a o decyzji poinformowano zainteresowanych. W 26 przypadkach odwołujący się zaskarżyli do Prezesa NFZ decyzję Dyrektora Oddziału NFZ oddalającą odwołanie. W składanych odwołaniach podnoszono m.in., brak gotowości Oddziału NFZ do ustępstw finansowych; zmniejszenia ceny jednostkowej, ograniczenia dostępu do świadczeń osobom starszym i niemającym, a także nie przyjęcie oferty ze względu na zbyt wysoką oferowaną stawkę cenową (za punkt - 1,16 zł skoro 1,15 zł Oddział płacił już w grudniu 2007 r.).

Prezes NFZ utrzymał w mocy wszystkie zaskarżone decyzje. Odwołujący zostali poinformowani o nie uwzględnieniu odwołania z uwagi na nienaruszenie zasad prowadzenia postępowania.

(dowód: akta kontroli: str. 242-244;248-251;257-263;266-273;673-1168

Ustalone
nieprawidłowości

Stwierdzono nieprawidłowości w dokumentowaniu 6 skontrolowanych postępowań w trybie konkursu ofert lub rokowań o świadczenie usług medycznych, polegające na niepodpisaniu przez członków komisji prowadzącej postępowanie części dokumentacji pomimo, że taki obowiązek wynikał z procedur (3) konkursu ofert lub rokowań obowiązujących w kontrolowanym okresie: 30.08.2010 r.¹⁷, 29.09.2011 r.¹⁸ oraz 10.11.2009 r.¹⁹, w których szczegółowo, w postaci formularzy – załączników do procedur – określono sposób dokumentowania postępowania na jego poszczególnych etapach (w tym pisemnego potwierdzania czynności). I tak:

- 1) w postępowaniu Nr 11-11-000586/STM/07/1/07.220.02/1 – konkurs ofert, w zakresie świadczenia chirurgii stomatologicznej i periodontologii na obszarze Pruszcza Gdańskiego, przewodnicząca komisji konkursowej J.S. nie podpisała 8 formularzy - załączników: Nr 11 (stwierdzenie prawidłowości ogłoszenia postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert/rokowań); Nr 13 (oświadczenie o nieistnieniu przesłanek do wyłączenia z prac komisji); Nr 15b (sprawdzenie spełniania warunków formalnych oferty); Nr 26 (sporządzenia protokołu z posiedzenia komisji w części jawnej); Nr 27 (ranking otwarcia z propozycjami funduszu); Nr 32 (ranking końcowy); Nr 33 (protokół z posiedzenia komisji w części niejawnej); Nr 34 (protokół z posiedzenia komisji - podsumowanie

¹⁷ procedura wprowadzona przez Prezesa NFZ, na podstawie pisma o sygn.:CF/DSOZ/KAC/2010/075/0830/W/18141 z dnia 30 sierpnia 2010 r.,

¹⁸ procedura wprowadzona przez Prezesa NFZ, na podstawie pisma o sygn.:CF/DSOZ/KAC/2011/075/1899/W/24202 z dnia 29 września 2011 r.,

¹⁹procedura wprowadzona przez Prezesa NFZ, na podstawie pisma o sygn.: CF/DSOZ//2009/007/1148/I/09554/KAC z dnia 10 listopada 2009 r.+

postępowania). Ponadto na załączniku nr 34 nie odnotowano daty zakończenia tego postępowania.

(dowód: akta kontroli str.587-616)

- 2) w postępowaniu Nr 11-12-000224/STM/07/1/07.220.02/4 w trybie rokowań, w zakresie świadczenia chirurgii stomatologicznej i periodontologii na obszarze Malbork, przewodnicząca komisji konkursowej B.G. nie podpisała 4 załączników, nr: 11; 13; 15a; 19, a wiceprzewodnicząca B.B. załącznika 11,

(dowód: akta kontroli str.592-600, 620-635)

- 3) w postępowaniu 11-12-000226/STM/07/1/07.221.02/4 o rokowaniach, w zakresie świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia na obszarze Tczewa, przewodnicząca komisji konkursowej B.G. nie podpisała na 4 załączników, nr : 11; 13; 15a; 19, a protokolant S.L. załącznika nr 15a,

(dowód: akta kontroli str. 636-640,648-660)

- 4) w postępowaniu Nr 11-10-000168/STM/07/1/07.0000.214.02/1 – konkurs ofert, w zakresie świadczenia protetyki stomatologicznej na obszarze woj. pomorskiego stwierdzono brak podpisów: wiceprzewodniczącej S.L. na 2 załącznikach nr: 27 i 32, członków komisji G.B. na 5 załącznikach nr: 26; 27, 32, 33; 34 oraz J.R. na 2 załącznikach nr: 27 i 32, a także protokolanta H.F. na 7 załącznikach nr: 26; 27 i 32 33; 34; 35, 36; Na załączniku nr 34 nie odnotowano daty zakończenia postępowania.

(dowód: akta kontroli str. 451-473)

- 5) w postępowaniu Nr 11-10-000184/STM/07/1/07.1850.118.03/1 – konkurs ofert, w zakresie świadczenia stomatologicznej pomocy doraźnej (ryczałt 12 godz.) na obszarze woj. pomorskiego stwierdzono brak podpisów członków komisji konkursowej: G.B. 5 załączników nr: 26; 27, 32, 33, 34, J.R. 2 załączników nr: 26; 27, protokolanta H.F. 7 załączników nr: 26; 27, 32, 33, 34. 35, 36. Na załączniku nr 34 nie odnotowano daty zakończenia postępowania.

(dowód: akta kontroli str. 563-573)

- 6) w postępowaniu Nr 11-10-000193/STM/07/1/07.0000.217.02/1 - rokowania, w zakresie świadczenia protetyki stomatologicznej dla osób po chirurgicznym leczeniu nowotworów w obrębie twarzoczaszki na obszarze województwa pomorskiego, stwierdzono brak podpisu protokolanta H.F. na 9 załącznikach nr: 11; 13; 26; 27; 32; 33; 35; 34; 36. Na załączniku nr 34 nie odnotowano daty zakończenia postępowania. Ww. załączniki utworzone zostały w okresie od 04 do 12.03.2010 r., tj. w okresie kiedy protokolant przebywał na urlopie wypoczynkowym i zwolnieniu lekarskim (od 15.02. do 25.04.2010 r.). Ponadto postępowanie to przeprowadziła komisja w składzie 2 a nie 3 osobowym, co było niezgodne z § 4 pkt 2 regulaminu pracy komisji, który stanowi, że Dyrektor Oddziału NFZ powołując komisję określa liczbę jej członków, nie mniejszą niż 3.

(dowód: akta kontroli str.477-478, 574-586, 596)

Zaniechanie składania podpisów na dokumentach z przebiegu postępowania w trybie konkursu lub rokowań (w ww. punktach 1-6) przez członków komisji stanowiło naruszenie pkt. 3 procedur konkursowych czyniących członków komisji odpowiedzialnymi za właściwe sporządzenie dokumentacji z przebiegu konkursu lub rokowania.

Nie złożenie oświadczenia o nieistnieniu przesłanek do wyłączenia z prac komisji w postępowaniach w ww. punktach 1-3 i 6 (załącznik Nr 13) stanowiło naruszenie § 5 ust. 3, a brak odnotowania daty zakończenia tego postępowania w protokole z posiedzenia komisji - podsumowanie postępowania wymienionego w ww. punktach 1 i 4-6. (załącznik Nr 34) - § 7 pkt. 1 i 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 15.12.2004 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez NFZ, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań²⁰ (dalej: rozporządzenie MZ z 15.12.2004 r.).

W złożonym wyjaśnieniu (dot. postępowania Nr 11-11-000586/STM/07/1/07.220.02/1) H.F. protokolant komisji konkursowej do obowiązków której, wg § 6 ust.2 pkt 2 regulaminu pracy komisji należało prowadzenie dokumentacji postępowania, stwierdziła, że „nie ma wiedzy z jakiego powodu przewodnicząca komisji nie złożyła podpisu na dokumentach, pomimo tego, że przedłożyła stosowną dokumentację do podpisu”. Ponadto stwierdziła, że brak odnotowania na załączniku Nr 34 daty zakończenia omawianego postępowania wynika z problemów technicznych systemu informatycznego podczas jego generowania. Wszystkie dane na załącznikach, w tym daty, generują się automatycznie i nie ma technicznych możliwości ręcznego wprowadzenia brakującej daty do systemu.

(dowód: akta kontroli str. 592-601,617-619a)

W wyjaśnieniu dotyczącym postępowania Nr 11-10-000184/STM/07/1/07.1850.118.03/1 H.F. stwierdziła, że 12.02.2010 r. po godz.18 opuściła posiedzenie komisji i nie była już obecna kiedy sporządzano załączniki: 26 i 27.

(dowód: akta kontroli str. 477-478)

W wyjaśnieniach, B.G. oraz B.B. stwierdziły, że niepodpisanie ww. załączników wynikało z faktu pracy pod presją czasu, z dużym obciążeniem pracą w komisjach (ogłoszone były 3 postępowania) oraz bieżącą pracą.

(dowód: akta kontroli str.641-647)

G.B. i J.R. w wyjaśnieniach stwierdziły, że po upływie tak długiego czasu nie są w stanie przypomnieć sobie przyczyn niezłożenia podpisu pod ww. załącznikami.

(dowód: akta kontroli str. 474-475, 479-480)

Członek komisji konkursowej J.S. nie jest pracownikiem Oddziału NFZ od 07.07.2011 r., a S.L. od 27.07.2012 r.

(dowód: akta kontroli str.661-663)

7) W postępowaniu Nr 11-11-000586/STM/07/1/07.220.02/1 brak było podpisu członka Zespołu Biura Obsługi Komisji Ofert (dalej: „BOKO”) na formularzu – załącznik nr 19 „potwierdzenie uzupełnienia braków formalnych oferty” a w postępowaniach: 11-12-00224/STM/07/1/07.220.02/4 i Nr 11-12-000226/STM/07/1/07.221.02/4 na ww. na formularzu brak było podpisu członka BOKO i komisji konkursowej.

(dowód: akta kontroli str. 606, 631,656)

²⁰ Dz. U. Nr 273, poz.2719,

Dyrektor Oddziału NFZ w wyjaśnieniu stwierdziła, że „przyjmowanie uzupełnień braków formalnych należy albo do BOKO albo do komisji” oraz, że członkowie BOKO nie są członkami komisji konkursowych, przyjmowanie uzupełnienia braków formalnych odbywało się przez komisję lub za pośrednictwem Kancelarii bez pośrednictwa BOKO. W przypadku ww. postępowań braki formalne oferenci uzupełnili na żądanie Komisji w wyznaczonych terminach.

(dowód: akta kontroli str.664-671,671a-c)

Zdaniem NIK, dotychczasowy sposób postępowania z dokumentacją konkursową (wymienioną w ww. pkt. 7), jest niezgodny z procedurą konkursu z 30.08.2010 r. i 29.09.2011 r. (str. 14; 18) gdzie zapisano, że BOKO to zespół powoływany przez Dyrektora Oddziału NFZ na czas określony do wykonywania zadań związanych z wydawaniem materiałów konkursowych, przyjmowaniem i rejestracją składanych ofert, przechowywaniem ofert, przekazywaniem ofert komisji konkursowej na otwarcie postępowania, przyjmowaniem i rejestracją oraz przekazywaniem komisji innych dokumentów związanych z prowadzonym postępowaniem.

Opis stanu
faktycznego

- 3.2.** W Oddziale NFZ rozliczano umowy o świadczenia stomatologiczne zgodnie z zasadami określonymi w § 14 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. („Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej”) oraz w § 15 zarządzenia Prezesa NFZ z 02.11.2009 r. i zarządzenia Prezesa NFZ z 14.09.2010 r. Sprawdzanie rzetelności miesięcznych sprawozdań statystycznych świadczeniodawców z realizacji umów dokonywano na bieżąco, przed ich rozliczeniem.

Wartość świadczeń zakwestionowanych przez Oddział NFZ wyniosła: 95.702,08 zł w 2010 r.; 4.262.15 zł w 2011 r. oraz 1.003,20 zł w 2012 r. (na 17.10.2012 r.). Najczęściej występujące nieprawidłowości w sprawozdaniach statystycznych świadczeniodawców dotyczyły m.in.: braku lub niedopuszczalnego kodu umiejscowienia (pozycja obligatoryjna) oraz przekroczenia limitu wykonanych świadczeń.

(dowód: akta kontroli str.242;247;263-264)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości działania Oddziału w obszarze kontraktowania świadczeń stomatologicznych.

4. Dostępność do świadczeń stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych szczególnie dla dzieci i młodzieży.

Opis stanu
faktycznego

- 4.1.** Konkurs ofert dotyczący zakresu świadczeń ogólnostomatologicznych na lata 2010-2012 na obszar województwa pomorskiego ogłoszony został w podziale na powiaty, a na świadczenia specjalistyczne (ortodoncja, chirurgia i periodontologia, protetyka, pomoc doraźna i świadczenia ogólnostomatologiczne w znieczuleniu ogólnym) na obszar województwa. Oddział zakontraktował na 2011 r. 97.651.243 świadczenia, tj. o 2,4% więcej niż na 2010 r. Wartość zakontraktowanych świadczeń wynosiła w 2011 r. 102.923.541 zł i była wyższa w porównaniu z 2010 r. o 65.431 zł (0,6%). Największy wzrost nastąpił w zakresie świadczeń: stomatologicznej pomocy doraźnej – ryczałt 12 godzin (19,7%), oraz ogólnostomatologicznych udzielanych w znieczuleniu ogólnym i protetyki stomatologicznej (5,4%).

Wartość zakontraktowanych świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia wzrosła w latach 2010 – 2011 o 21%, a świadczeń z zakresu ortodoncji dla dzieci i młodzieży o 7,2 %.

Spadek wartości zakontraktowanych usług dotyczył świadczeń z zakresu protetyki stomatologicznej dla świadczeniobiorców po chirurgicznym leczeniu nowotworów w obrębie twarzoczaszki (18,4%) oraz chirurgii stomatologicznej i periodontologii, a także ogólnostomatologicznych (2,1%). Nie zostały podpisane umowy na świadczenia STM dla świadczeniobiorców z grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych (w tym AIDS), z powodu braku ofert na tego rodzaju usługi.

W 2011 r. wartość zakontraktowanych świadczeń stomatologicznych ogółem w przeliczeniu na jednego mieszkańca wynosiła 46,77 zł i była niższa od wartości w 2010 r. o 1,3% (47,38 zł).

Wzrost stawki na jednego mieszkańca w 2011 r. w porównaniu do 2010 r., wynikający z wartości zakontraktowanych świadczeń dotyczył: protetyki stomatologicznej – stawka 1,97 zł (wzrost o 5,3 %), świadczeń ogólnostomatologicznych udzielanych w znieczuleniu ogólnym - 0,61 zł (o 5,2%), świadczeń stomatologicznej pomocy doraźnej – ryczałt 12 godzin - 0,29 zł (o 16%).

Spadek wartości stawki w 2011 r. w porównaniu do 2010 r. wystąpił w zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych - 33,45 zł (o 2,3%) oraz w zakresie świadczeń chirurgii stomatologicznej i periodontologii - 3,05 zł (o 2,3%).

NIK pozytywnie ocenia wzrost wysokości stosowanych stawek w umowach o świadczenia STM, zawartych na 2011 r., w przeliczeniu na jedno dziecko do ukończenia 18 roku życia, które w zakresie: świadczeń ogólnostomatologicznych wynosiły 10,54 zł i były wyższe w porównaniu do 2010 r. o 23,3%, a w zakresie ortodoncji wynosiły 16,74 zł i wzrosły o 9,2 %.

Na obszarze działania Oddziału NFZ występowały różnice w wartości wykonanych świadczeń przypadających na jednego ubezpieczonego, w tym wykonanych dla dzieci do ukończenia 18 roku życia. I tak:

- w 2010 r.: najniższa wartość świadczeń ogólnostomatologicznych wystąpiła w powiecie lęborskim i wynosiła 23,13 zł, a najwyższa w powiecie gdańskim 41,78 zł (180,6%), w zakresie chirurgii stomatologicznej i periodontologii odpowiednio w powiecie malborskim - 0,22 zł, a w powiecie nowodworskim - 5,17 zł, (o 2.350%), Świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci w powiecie słupskim zakontraktowano na 1,38 zł, a w powiecie nowodworskim - 17,91 zł (1.297,8%), z zakresu ortodoncji w powiecie puckim - 2,51 zł, a w powiecie nowodworskim 24,04 zł (różnica 957,8%),
- w 2011 r. wartość świadczeń ogólnostomatologicznych w powiecie lęborskim to 24,26 zł, a powiecie nowodworskim 42,62 zł w (o 75,7%), w zakresie chirurgii stomatologicznej i periodontologii w powiecie wejherowskim - 0,95 zł, a w powiecie nowodworskim- 5,63 zł (o 592,6 %). Świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci w powiecie tczewskim - 3,90 zł, a w powiecie nowodworskim - 18,24 zł (o 467,7%), z zakresu ortodoncji w powiecie lęborskim - 8,02 zł, powiecie nowodworskim - 27,75 zł (346%).

NIK przyjmuje wyjaśnienia Dyrektora Oddziału NFZ, że różne wartości wykonanych świadczeń na jednego ubezpieczonego mieszkańca poszczególnych powiatów wynikały z liczby podpisanych umów i ich ostatecznej wartości w stosunku do liczby ubezpieczonych mieszkańców danego powiatu, a liczba zakupionych świadczeń była ściśle skorelowana z popytem oferentów w danym terenie. Oddział NFZ, każdorazowo po otrzymaniu sygnałów od jednostek samorządowych o konieczności poprawy dostępności do usług na danym terenie, ogłaszał postępowania uzupełniające o zawarcie dodatkowych umów. Na terenach, na których występował deficyt świadczeniodawców, ceny uzyskane w konkursie kształtowały się na poziomie wyższym niż na terenach pozostałych, co jednak nie powodowało pożądaných zmian.

(Dowód: akta kontroli str.110-160;1183-1189)

- 4.2.** Oddział NFZ w zakresie profilaktyki chorób jamy ustnej adresowanej do dzieci i młodzieży w latach 2010 – 2012 finansował świadczenia grupowej profilaktyki fluorkowej metodą nadzorowanego szczotkowania zębów preparatami fluorkowymi u uczniów szkół podstawowych (klasy I – VI) znajdujących się na obszarach, gdzie poziom fluorków w wodzie pitnej nie przekraczał wartości 1mg/l. Świadczenia realizowane były przez pielęgniarki lub higienistki szkolne, z którymi Oddział NFZ zawarł umowy o udzielanie świadczeń gwarantowanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej – świadczenia pielęgniarki szkolnej, lub które udzielają świadczeń u świadczeniodawcy posiadającego zawartą umowę w tym zakresie. Zasady finansowania oraz wysokość kwoty jaką otrzymywano za jednego ucznia objętego grupową profilaktyką fluorkową (dalej: „stawka kapitaacyjna”) określały aktualne zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna²¹, zgodnie z którymi wysokość kwoty za realizację ww. świadczenia ustalana była na podstawie iloczynu liczby uczniów objętych opieką oraz stawki kapitaacyjnej.

Oddział NFZ w 2010 r. zawarł w powyższym zakresie, 175 umów, za realizację których zapłacił 439,5 tys. zł, w 2011 r. 180 umów o wartości 658,1 tys. zł i w 2012 r. 174 umowy o wartości 558,9 tys. zł. Wzrost wartości umów w latach 2011 - 2012 spowodowany był wzrostem stawki kapitaacyjnej z 3,60 zł w 2010 r. do 5,40 w 2011 i 2012 r. Programem profilaktycznym w kontrolowanym okresie objęto odpowiednio 122,3 tys. uczniów w 2010 r., tj. 89,8% populacji objętej profilaktyką, 121,9 tys. uczniów w 2011 r., tj. 91% i 123,2 tys. uczniów w 2012 r., tj. 94,3%. Oddział nie zawarł umów na ww. świadczenia odpowiednio w 12, 8 i 10 gminach.

Oddział NFZ przeprowadził w jednym przypadku (w 2010 r.) kompleksową kontrolę w NZOZ „Medyk” w Chojnicach, gdzie ustalono m.in., że prowadzona była grupowa profilaktyka fluorkowa w szkołach podstawowych, a każde dziecko podlegające fluoryzacji posiadało pisemną zgodę rodziców na wykonanie świadczenia.

NIK przyjmuje wyjaśnienia Naczelnika Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej, że nie kontrolowanie świadczeniodawców spowodowane było brakiem doniesień i skarg, sugerujących nieprawidłowości w tym zakresie

²¹ W 2010 r. – zarządzenie Nr 72/2009/DSOZ z 3 listopada 2009 r. ze zm., w 2011 r. – Nr 74/2010/DSOZ z 1 grudnia 2010 r. ze zm., w 2012 r. – 85/2011/DSOZ z 17 listopada 2011 r.

zarówno od świadczeniobiorców jak i dyrektorów szkół, a Oddział NFZ nie podejmował działań wyjaśniających powody nie realizowania ww. świadczeń przez niektórych świadczeniodawców, zakładając, że ich nierealizowanie i nieprzedstawienie do rozliczenia wynika z niespełnienia wymaganych warunków. O przebiegu programu profilaktycznego Oddział NFZ informował Konsultanta Wojewódzkiego ds. Stomatologii Dziecięcej, wskazując m.in. liczbę szkół w poszczególnych powiatach oraz liczbę szkół realizujących profilaktykę fluorkową.

Oddział NFZ weryfikował rozliczenia grupowej profilaktyki fluorkowej sprawdzając przedkładane listy uczniów objętych profilaktyką pod kątem poprawności danych uczniów (czy dany uczeń faktycznie istnieje), czy występuje tylko u jednego świadczeniodawcy (celem wykluczenia podwójnego finansowania) oraz zgodności liczby uczniów w klasach I-VI wykazanych do rozliczenia w formie elektronicznej z liczbą uczniów wykazanych w zawartej umowie.

NIK poddała kontroli zaświadczenia państwowych inspektorów inspekcji sanitarnej (dalej: „ppis”) znajdujące się w dokumentacji Oddziału NFZ o zawartości fluorków w wodzie z wodociągów lokalnych dla 6, losowo wytypowanych gmin, w których realizowany był ww. program profilaktyczny. Wszystkie gminy posiadały zaświadczenia ppis, potwierdzające, że poziom fluorków w wodzie pitnej uzasadniał wdrożenie profilaktyki fluorkowej.

- 4.3. Oddział NFZ nie dysponował wiedzą na temat programów profilaktycznych kierowanych do dzieci i młodzieży, a organizowanych i finansowanych przez jednostki samorządu terytorialnego.

Naczelnik Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej Oddziału NFZ wyjaśnił, że wszystkie dane o realizowanych programach zdrowotnych, w tym również świadczeniach finansowanych ze środków NFZ są w posiadaniu Samorządu Województwa, Wojewody i Ministra Zdrowia. NFZ zajmujący się tylko pewną częścią zadań publicznych w tym zakresie, określoną przez Ministra Zdrowia, nie musi opiniować, ani nawet być informowany o pozostałych zadaniach realizowanych przez władze publiczne.

(Dowód: akta kontroli str.72-80;94-99)

- 4.4. Oddział przekazywał Wojewodzie Pomorskiemu informacje o zakresie i organizacji świadczeń zdrowotnych realizowanych przez pielęgniarkę szkolną - sprawującą profilaktyczną opiekę nad uczniami, o których mowa w art. 27 ust. 3 ustawy o świadczeniach zdrowotnych z 27.08.2004 r. Informacja przekazana za 2011 r. spełniała wymogi określone w ww. ustawie. W przekazanych informacjach Oddział NFZ wykazał, że umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w środowisku nauczania i wychowania zawarto w 2010 r. ze 174 świadczeniodawcami, a w 2011 r. ze 175.

NIK zauważyła, że przedłożona dokumentacja dotycząca informacji przekazanej Wojewodzie za 2010 r., nie zawierała danych dotyczących liczby uczniów objętych profilaktyczną opieką zdrowotną, stosownie do wymagań określonych w § 11 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą²². Dyrektor Oddziału NFZ wyjaśniła, że nie można wykluczyć, iż tabele przekazane w formie elektronicznej, mogły zawierać zakres danych

²² Dz. U. Nr 139, poz. 1133,

uzgodniony z pracownikami urzędu wojewódzkiego zawierający informacje o liczbie uczniów.

(Dowód: akta kontroli str.56-71;100-103)

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

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działania Oddziału w obszarze dostępności ubezpieczonych do świadczeń stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych szczególnie dla dzieci i młodzieży.

5. Rozliczanie świadczeń stomatologicznych i kontrole świadczeniodawców.

Opis stanu faktycznego

5.1. Plany kontroli realizacji umów m.in. o świadczenia STM zawartych z podmiotami medycznymi przygotowywał 15 osobowy zespół ds. opracowania planu kontroli, a zlecenie przeprowadzania kontroli doraźnych opiniował 10 osobowy zespół ds. opiniowania zleceń kontroli doraźnych. Oba zespoły powołane zostały przez Dyrektora Oddziału NFZ 04 listopada 2009 r. Propozycje obszarów zagrożonych wystąpieniem nieprawidłowości oraz propozycje typowanych do kontroli świadczeniodawców składali kierownicy komórek organizacyjnych Oddziału NFZ.

(Dowód: akta kontroli str.8-12;32-49)

Kontrole przeprowadzali pracownicy Działu Kontroli Realizacji Umów na Świadczenia podlegający bezpośrednio naczelnikowi Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej. W latach 2010-2012 (do września) Dział Kontroli przeprowadził łącznie 66 kontroli dotyczących leczenia stomatologicznego, w tym 52 planowe (15 w 2010 r., 27 w 2011 r. i 24 w 2012 r.) oraz 14 doraźnych.

Wszystkie kontrole zawierały oceny zgodności stanu rzeczywistego z obowiązującymi przepisami prawa i warunkami podpisanej umowy.

Najczęściej występującymi nieprawidłowościami, które zostały ustalone w wyniku ww. kontroli, były: błędy w zakresie prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej, skutkujące zakwestionowaniem wykonanych świadczeń (38 przypadków), niezgodności faktycznego stanu posiadanego sprzętu i aparatury medycznej w stosunku do umowy (8 przypadków), rozbieżności faktycznych godzin przyjęć pacjentów w stosunku do harmonogramu pracy lekarzy (16 przypadków), nieudostępnianiu pacjentom informacji wskazanych w przepisach prawa (12 przypadków), nie informowanie Oddziału NFZ o przerwach w udzielaniu świadczeń (6 przypadków).

Podczas kontroli zakwestionowano zasadność wykonanych świadczeń przez podmioty medyczne o wartości 112,6 tys. zł i nałożono kary w wysokości 97 tys. zł.

W wyniku stwierdzonych nieprawidłowości Oddział NFZ wypowiedział umowy o świadczenie STM w 5 przypadkach, w tym w dwóch bez zachowania okresu wypowiedzenia.

(Dowód: akta kontroli str.13-31;49-55;671-672)

5.2. W latach 2010-2012 Oddział NFZ prowadził kompleksowe analizy poziomu realizacji świadczeń stomatologicznych.

W przypadkach niewykonania przez świadczeniodawcę planowanej w umowach ilości usług (tzw. niewykonania) Oddział NFZ nie renegecjował umów w kierunku ich zmniejszenia, z uwagi na ryzyko ograniczenia dostępności do świadczeń w okresie późniejszym, a stosowany w Oddziale NFZ narastający, roczny system rozliczeniowy, umożliwiał nadrobienie niewykonań.

Oddział NFZ egzekwował obowiązek powiadamiania o wszystkich planowanych i nieplanowanych przerwach w udzielaniu świadczeń, jako potencjalnie skutkujących niewykonaniem umowy o świadczenia STM. Niewykonanie umowy w danym okresie rozliczeniowym do wartości określonej w jej planie rzeczowo-finansowym, powodowało, przy negocjacji wartości umowy na rok następny, propozycję finansową proporcjonalnie niższą, uwzględniającą niewykonania z poprzedniego roku.

Jeżeli prowadzone przez Oddział NFZ analizy wykazywały nadwykonania²³ w stosunku do wartości zawartych umów, po przeprowadzeniu dodatkowych analiz w zakresie specyfiki zakresów, poziomu zabezpieczenia dostępności i wykonania świadczeń, podejmowano renegecjacje umów w celu zwiększania ich wartości podpisując aneksy. Zmiany umów dotyczyły jedynie świadczeniodawców, którzy realizowali je w niepełnym wymiarze etatu. Przyjmowano kryteria równe dla wszystkich wykonawców (np. zwiększenie wartości umów świadczeniodawcom wykazującym w analizowanych okresach nadwykonania w wartości większej niż 200 zł, 500 zł, 1000 zł, lub zwiększenie o 15% wartości umów wg stanu na dzień objęty analizą).

(Dowód: akta kontroli str. 81-87)

Najwyższa Izba Kontroli przyjmuje wyjaśnienia Dyrektora Oddziału NFZ, że nie ma żadnego aktu prawnego, zgodnie z którym świadczeniodawcy mieliby obowiązek podpisania aneksów zmniejszających wartość poszczególnych umów w trakcie trwania okresu rozliczeniowego. Konieczne jest wykluczenie ograniczenia dostępności do danego zakresu świadczeń, którego wartość pierwotna ustalona została w oparciu o przyjęty wskaźnik (równy dla wszystkich świadczeniodawców). Niewykonanie umowy w danym zakresie nie oznaczało bowiem, że w innym okresie nie wystąpi zwiększone zapotrzebowanie na przedmiotowe świadczenia. Oddział NFZ monitorował wykonanie umów w trakcie okresu rozliczeniowego i dokonywał bieżących korekt ich wartości w poszczególnych zakresach świadczeń, natomiast określenie wartości umowy na nowy okres rozliczeniowy uwzględniało pierwotną wartość umowy.

(Dowód: akta kontroli str.81-87)

5.3. Oddział NFZ nie miał możliwości sfinansowania wszystkich nadwykonań zrealizowanych przez świadczeniodawców w latach 2010 – 2011.

Wartość niezapłaconych nadwykonań (wg stanu na 01.10.2012 r.) w 2010 r. wynosiła 1.660,82 tys. zł (78,7% stanowiły świadczenia ogólnostomatologiczne, 7,2% świadczenia ortodoncji dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia, 6,4% świadczenia chirurgii stomatologicznej

²³ Nadwykonania – wartość świadczeń wykonanych ponad limit określony w planie rzeczowo-finansowym będący załącznikiem do umowy o świadczenie STM.

i periodontologii), a w 2011 r. 854,01 tys. zł tj. o 48,6% mniej niż w roku poprzedzającym (65,9% stanowiły świadczenia ogólnostomatologiczne, 27,5% świadczenia chirurgii stomatologicznej i periodontologii, 3,3% świadczenia ortodoncji dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia).

Świadczeniodawcy złożyli w 2010 r. do Oddziału NFZ 246 wniosków o zapłatę nadwykonań, na podstawie których podpisano 202 aneksy do umów o świadczenie STM na kwotę 2.227,0 tys. zł. Realizując podpisane aneksy Oddział NFZ zwiększył (od 01.09.2010 r.) wartość wszystkich umów za okres kwiecień – lipiec 2010 r. o wartość nadwykonań w zakresie świadczeń: ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia, ortodoncji, chirurgii stomatologicznej i periodontologii, świadczeń protetyki stomatologicznej o kwotę 719,8 tys. zł (warunkiem dla wszystkich świadczeniodawców było przekroczenie wartości nadwykonania o 200 zł), a od 01.10.2010 r. w zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych o kwotę 765,8 tys. zł (warunkiem dla wszystkich świadczeniodawców było przekroczenie nadwykonań o kwotę 1.000 zł).

W 2011 r. świadczeniodawcy złożyli 159 wniosków o zapłatę nadwykonań na podstawie, których podpisano 129 aneksów do umów na świadczenia STM o wartości 1.245,0 tys. zł. Oddział NFZ dokonał zwiększenia wartości etatu przeliczeniowego z 15 tys. do 17 tys. punktów na miesiąc w zakresie ortodoncji (z wyłączeniem m. Gdańska, gdzie zapewniona była lepsza dostępność do świadczeń w stosunku do pozostałego terenu), świadczeniodawcom realizującym umowy w powiatach o niższej dostępności do świadczeń zwiększając wartości umów (od 01.05.2011 r.) w zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych o kwotę 719 tys. zł (warunkiem było przekroczenie wartości nadwykonania o 500 zł). Ponadto Oddział NFZ dokonał zwiększenia wartości umów na okres od 01.11.2011 r. do 31.12.2011 r. w zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych o 15% (75,2 tys. zł) w odniesieniu do wartości umów wg stanu na dzień 30.09.2011 r. dla świadczeniodawców realizujących umowy w niepełnym wymiarze etatu przeliczeniowego, w rejonach, gdzie w wyniku konkursu ofert nie uzyskano wystarczającego zabezpieczenia z powodu zbyt małej liczby oferentów.

W badanym okresie Oddział nie finansował nadwykonań na podstawie ugód i wyroków sądowych.

(Dowód: akta kontroli str.81-93;161-183)

- 5.4.** Łączna wartość niewykonanych świadczeń w ramach kontraktów zawartych na 2010 r., (wg stanu na 01.10.2012 r.) wynosiła 118,1 tys. zł, co stanowiło 0,11% zakontraktowanych przez Oddział NFZ świadczeń. W strukturze niewykonanych świadczeń dominowały świadczenia ogólnostomatologiczne (63,6%), ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia (20,7%), oraz chirurgii stomatologicznej i periodontologii (13,2%). Pozostałe zakresy świadczeń stanowiły 2,5% niewykonanych świadczeń. Nie stwierdzono niewykonania świadczeń powyżej 1% w stosunku do planu 2010 r.

Łączna wartość niewykonanych świadczeń w ramach kontraktów zawartych na 2011 r., (wg stanu na 01.10.2012 r.) wynosiła 940,6 tys. zł, co stanowiło 0,91% zakontraktowanych przez Oddział NFZ świadczeń. W strukturze niewykonanych świadczeń dominowały świadczenia ogólnostomatologiczne (48,6%), ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia (24,3%), świadczenia ortodoncji dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku

życia (19%) oraz świadczenia ogólnostomatologiczne udzielane w znieczuleniu ogólnym (5,7%). Pozostałe zakresy świadczeń stanowiły 2,4% niewykonań. Niewykonanie świadczeń powyżej 1% w stosunku do planu 2011 r. stwierdzono w zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia (4,7% zaplanowanej wartości) oraz ogólnostomatologicznych udzielanych w znieczuleniu ogólnym (3,9%).

Dyrektor Oddziału NFZ wyjaśniła, że przyczyną wzrostu niewykonania w 2011 r., świadczeń dla dzieci i młodzieży, było nie złożenie przez świadczeniodawcę sprawozdania z wykonanych, w okresie luty – październik 2011 r., świadczeń o wartości 217,4 tys. zł. Natomiast specyfika świadczeń ogólnostomatologicznych udzielanych w znieczuleniu ogólnym uniemożliwiała precyzyjne określenie zapotrzebowania na ten rodzaj usług. W związku z faktycznym nadwykonaniem umowy przez jednego ze świadczeniodawców w 2010 r., w celu poprawy dostępności do świadczeń w ww. zakresie Oddział NFZ dokonał zwiększenia wartości umowy na 2011 r., co jednak nie przełożyło się na zwiększone wykonanie świadczeń w roku 2012.

Oddział NFZ podpisał w 2010 r. 374 aneksy do umów ze świadczeniodawcami, w wyniku czego łączna wartość umów wzrosła o 737,4 tys. zł, a w 2011 r. 161 aneksów powodujących wzrost wartości umów o kwotę 148,0 tys. zł. Aneksy dotyczyły zapłaty za nadwykonania, zmniejszenia wartości kontraktów na podstawie niewykonań oraz przesunięć między zakresami świadczeń STM. Z wartości niewykonanych świadczeń (wg stanu na 15.02.2011 r.) w ramach zawartych umów w 2010 r. sfinansowano świadczenia ogólnostomatologiczne, chirurgii stomatologicznej i periodontologii oraz protetyki stomatologicznej (952 tys. zł), a w 2011 r. świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia, w zakresie ortodoncji dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia, świadczenia ogólnostomatologiczne udzielane w znieczuleniu ogólnym (594 tys. zł).

(Dowód: akta kontroli str.104-109)

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

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działania Oddziału w obszarze rozliczania świadczeń stomatologicznych i kontroli świadczeniodawców.

IV. 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 Kontroli²⁴, wnosi o:

- 1) zapewnienie rzetelnego dokumentowania postępowań konkursowych/ rokowań przy wyborze świadczeniodawców usług stomatologicznych,
- 2) wzmocnienie nadzoru nad realizacją procedury postępowania z dokumentacją konkursową określoną dla Zespołu Biura Obsługi Konkursu Ofert.

²⁴ Dz.U. z 2012 r., poz.82 ze zm.

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 Gdańsku.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie 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.

Gdańsk, dnia 21 grudnia 2012 r.

Najwyższa Izba Kontroli

Delegatura w Gdańsku

Kontrolerzy

Dyrektor

Iwona Miklikowska
Główny specjalista k.p.

.....
Podpis

.....
podpis

Stanisław Grzesiak
specjalista k.p.

.....
Podpis