



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Katowicach

LKA – 4101-031-01/2014

P/14/063

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Katowicach

ul. Powstańców 29, 40-039 Katowice

T +48 32 784 42 00, F +48 32 784 42 30

lka@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/14/063 – Funkcjonowanie podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Katowicach
Kontrolerzy	1. Jerzy Horodecki, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 92416 z dnia 27 listopada 2014 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2) 2. Joanna Paliga, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 92359 z dnia 23 września 2014 r. (dowód: akta kontroli str. 3-4)
Jednostka kontrolowana	Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Ewa Momot, Dyrektor Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach (dowód: akta kontroli str. 5)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Uzasadnienie
oceny ogólnej

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie² działalność Śl.O.W. NFZ w latach 2012-2014 (I półrocze) dotyczącą finansowania i zapewnienia dostępności do świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej³ i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej⁴ w zakresie diabetologii i kardiologii.

Pozytywną ocenę uzasadnia rzetelne określenie zapotrzebowania na świadczenia POZ i AOS, planowanie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w sposób zapewniający ich dostępność, prowadzenie postępowań konkursowych w sprawie zawarcia umów na realizację świadczeń w zakresie diabetologii i kardiologii zgodnie z obowiązującymi uregulowaniami, skuteczne sprawowanie kontroli nad realizacją zawartych ze świadczeniodawcami umów w rodzaju POZ oraz AOS w zakresie diabetologii i kardiologii, a także prawidłowe rozliczanie tych umów.

¹ Zwany dalej „Oddziałem” lub „Śl.O.W. NFZ”

² Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna.

³ Zwanej dalej „POZ”.

⁴ Zwanej dalej „AOS”.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Zapotrzebowanie na świadczenia POZ i AOS

Opis stanu
faktycznego

1.1. Na etapie tworzenia planów finansowych na lata 2012-2014 w Śl.O.W. NFZ prowadzono analizy zapotrzebowania na świadczenia POZ i AOS. Projekt planu finansowego opracowywany jest w oparciu o wytyczne Prezesa NFZ, założenia do planu finansowego oraz krajowe i regionalne priorytety zdrowotne.

Szczegółowe dane w tym zakresie ujęte były w planach zakupu świadczeń na dany rok. Z uzasadnień do planów wynikało, że na etapie ich opracowania uwzględniono uwarunkowania epidemiologiczne (aktualne problemy zdrowotne skutkujące wysokim odsetkiem zgonów z powodu chorób układu krążenia, chorób nowotworowych, urazów, wypadków i zatruć) i demograficzne (spadek liczby ludności, postępujący proces starzenia się społeczeństwa). W planach zakupu ujęto liczbę jednostek rozliczeniowych oraz wartość świadczeń wynikających z obowiązujących umów i planowanych nowych zamówień. Przy planowaniu wartości świadczeń kierowano się m.in.: wytycznymi Centrali NFZ, wielkością kolejek oczekujących, analizą wykonania umów, danymi dotyczącymi potencjału świadczeniodawców, opiniami konsultantów wojewódzkich, wskaźnikami nakładów finansowych na 10 tys. mieszkańców w odniesieniu do danego zakresu świadczeń, ogólną wartością planu finansowego na następny okres rozliczeniowy.

(dowód: akta kontroli str. 185-213, 232-307)

W wyjaśnieniach w sprawie prowadzenia rachunku symulacyjnego kosztów świadczeń gwarantowanych z uwzględnieniem sytuacji demograficznej i zjawisk epidemiologicznych, Dyrektor Oddziału stwierdziła m.in., że parametry charakteryzujące sytuację epidemiologiczną oraz demograficzną populacji województwa były uwzględniane przy ustalaniu liczby świadczeń planowanej do zakontraktowania w danym roku. Śląski OW NFZ nie prowadził szczegółowej kalkulacji poszczególnych świadczeń zdrowotnych, jako podstawy do ustalenia wysokości wyceny porad w rodzaju AOS. Wartość porady jaką NFZ wypłaca świadczeniodawcy stanowi iloczyn ceny punktu rozliczeniowego oraz wagi punktowej, określanej dla danego typu porady przez Prezesa NFZ. Tym samym wycena świadczeń w postaci wagi punktowej dokonywana jest przez Centralę NFZ, a oddział wojewódzki Funduszu ma realny wpływ wyłącznie na jeden z parametrów (cenę) decydujących o ostatecznej wartości świadczenia, przy czym ustalając ceny jednostek rozliczeniowych stosowano się do rekomendacji wydanych przez Centralę NFZ w tym zakresie.

(dowód: akta kontroli str. 345-347)

1.2. W okresie objętym kontrolą proces planowania zakupów świadczeń AOS opierał się przede wszystkim na analizie osiągalności i dostępności, dokonanej w 2010 r. dla potrzeb określenia obszarów kontraktowania i przeprowadzenia postępowań konkursowych. Umowy zawarte w wyniku tych postępowań obowiązywały również w latach 2012-2014. Kontraktowanie świadczeń przeprowadzono w oparciu o cztery jednostki podziału obszaru kontraktowania: województwo, cztery subregiony, osiem podregionów⁵ i trzydzieści sześć powiatów⁶. Obszary te wyznaczono uwzględniając: dane o istniejącym potencjale wykonawczym, położenie administracyjne powiatów, które wchodziły w skład tych obszarów oraz liczebność populacji poszczególnych obszarów, konieczność zapewnienia równego traktowania podmiotów-oferentów, optymalne wykorzystanie

⁵ Podregiony obejmowały wszystkie powiaty województwa.

⁶ Wszystkie powiaty w województwie śląskim.

środków finansowych czy zabezpieczenie równego dostępu ubezpieczonych do świadczeń zdrowotnych.

(dowód: akta kontroli str. 214-231)

W procesie planowania zakupu świadczeń w rodzaju AOS na 2014 r. zakładano przeprowadzenie postępowań konkursowych odrębnie dla wszystkich powiatów. Przy tworzeniu tych obszarów kontraktowania, mających stanowić podstawę do zawierania umów dokonywano analiz osiągalności i dostępności usług, m.in. uwzględniano:

- wyniki analizy porównawczej powiatu miejsca zamieszkania pacjenta do powiatu miejsca udzielenia świadczenia w 2012 r., która obrazowała przemieszczanie się pacjenta celem uzyskania świadczenia zdrowotnego,
- dostępność świadczeń mierzoną wskaźnikiem: kwota przeznaczona na finansowanie świadczeń w poszczególnych zakresach przypadająca na 1000 mieszkańców,
- analizę rozmieszczenia na obszarze województwa podmiotów wykonujących świadczenia lecznicze oraz kadry medycznej, a także analizę danych obejmujących sumaryczną tygodniową liczbę roboczogodzin personelu lekarskiego w podziale na poszczególne zakresy świadczeń,
- wyniki analizy danych dotyczących liczby oczekujących i czasu oczekiwania na świadczenia.

Na etapie planowania dokonywano analizy potencjału wykonawczego podmiotów wykonujących świadczenia lecznicze, natomiast ocena jakości usług wg kryteriów oceny ofert określonych przez Prezesa NFZ przeprowadzana była w trakcie prowadzonych postępowań konkursowych.

Z uwagi na wejście w życie przepisów art. 4 ustawy z dnia 11 października 2013 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw⁷ odstąpiono od przeprowadzenia postępowań w trybie konkursu ofert na rok 2014 i zmieniono okres obowiązywania umów w rodzaju AOS do 31 grudnia 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 248-272, 282-291, 8-17)

1.3. W sprawie działań podejmowanych w celu zapewnienia równego dostępu do świadczeń w rodzaju POZ Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że w przypadku podstawowej opieki zdrowotnej umowy zawierane są z każdym świadczeniodawcą, który złożył wniosek oraz spełniał wymagania określone przez Prezesa NFZ. W związku z powyższym nie określa się obszarów kontraktowania.

(dowód: akta kontroli str. 311)

W latach 2012–2014 świadczenia w rodzaju AOS w zakresie diabetologii i kardiologii były zakontraktowane na terenie powiatów województwa śląskiego, za wyjątkiem powiatu rybnickiego z uwagi na brak oferty z tego obszaru.

(dowód: akta kontroli str. 175-176)

W przypadku świadczeń w rodzaju AOS równomierny podział środków przeznaczonych na finansowanie świadczeń pomiędzy powiaty proporcjonalnie do liczby zamieszkujących je osób nie jest możliwy gdyż, jak wyjaśniła Dyrektor Oddziału, przyjęcie w procesie planowania zakupu świadczeń wskaźnika kwoty przeznaczonej na sfinansowanie świadczeń zdrowotnych w przeliczeniu na

⁷ Dz. U. z 2013 r., poz. 1290

mieszkańca powiatu/gminy, jako jedyne kryterium redystrybucji środków finansowych nie gwarantuje sprawiedliwego dostępu do świadczeń, jak i nie pozwala na ich efektywne wykorzystanie. W dalszej części wyjaśnienia stwierdziła, m.in. że:

- właściwym jest dążenie do powiązania wydatków na finansowanie określonych zakresów świadczeń, na wybranym obszarze, z rzeczywistym (wynikającym z danych epidemiologicznych) zapotrzebowaniem na określony typ świadczeń. Działania takie pozwoliłyby uzyskać podział zasobów odpowiadający rzeczywistym potrzebom zdrowotnym populacji pomimo braku równości w wydatkach na finansowanie danego zakresu świadczeń, pomiędzy różnymi powiatami/gminami,
- z uwagi na nierównomierny rozkład infrastruktury i potencjału wykonawczego służącego do realizacji świadczeń zdrowotnych cel taki jest trudny do osiągnięcia, gdyż w województwie śląskim problem ten dotyczy zarówno rozmieszczenia podmiotów leczniczych jak i kadry medycznej np.:
 - w ocenie wojewódzkich konsultantów medycznych szczególnie północna część województwa nie posiada wystarczającej liczby lekarzy specjalistów, co potwierdza wskaźnik liczby lekarzy przypadających na 10 tys. mieszkańców,
 - największe nasycenie podmiotów leczniczych na terenie województwa śląskiego występuje w jego największych miastach ,
- Oddział systematycznie dąży do ogłoszenia jak największej liczby postępowań konkursowych, w których obszary kontraktowania zawężone są do jednego powiatu. Ponadto przeprowadzono analizy dotyczące przemieszczania się pacjentów w celu uzyskania świadczenia zdrowotnego, które posłużą do lepszego zaplanowania obszarów kontraktowania oraz podziału środków finansowych.

(dowód: akta kontroli str. 308-310)

Współpraca z organami jednostek samorządu terytorialnego, administracją terenową, organizacjami świadczeniodawców w celu monitorowania i zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych świadczeniobiorców, miała miejsce głównie przy planowaniu zakupu świadczeń, np. korzystano z opinii konsultantów wojewódzkich na temat poziomu dostępności świadczeń lub problemów epidemiologicznych w województwie śląskim, które były zebrane w opracowaniach statystycznych wydawanych przez Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach. W trakcie konstruowania planu zakupu świadczeń na 2014 r. korzystano również z danych zawartych w raporcie zrealizowanym na zlecenie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego⁸. W trakcie planowania świadczeń z zakresu diabetologii starano się uwzględnić uwagi przekazywane przez Interdyscyplinarny Zespół Roboczy do spraw rozwiązywania problemów w zakresie profilaktyki i leczenia cukrzycy⁹. Przy kontraktowaniu, w latach 2011-2013, świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej nawiązano również współpracę z prezydentami miast i w przypadku gdy uwagi zgłaszane przez jednostki samorządu terytorialnego były korzystne dla pacjentów dokonywano zmiany obszarów kontraktowania.

⁸ „Raport Końcowy. Badanie poziomu świadczenia usług zdrowotnych w wybranych jednostkach ochrony zdrowia w kontekście diagnozy poziomu rozwoju regionalnych usług publicznych oraz prognozy ich zapotrzebowania i wpływu na sytuację rynku pracy w świetle tendencji demograficznych oraz społeczno-gospodarczych” Warszawa 2012

⁹ Powołany uchwałą Marszałka Województwa Śląskiego.

Ponadto, stosownie do §1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 15 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań¹⁰, Oddział przekazywał ogłoszenia o prowadzonych konkursach w sprawie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, do właściwych miejscowo okręgowych izb zrzeszających osoby wykonujące zawody medyczne.

(dowód: akta kontroli str. 249-250, 308-315, 337-339)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

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

2. Postępowania konkursowe o udzielanie świadczeń w rodzaju AOS

Opis stanu
faktycznego

2.1. W Śl.O.W. NFZ świadczenia w rodzaju AOS zakontraktowano w 2010 r. (umowy obowiązujące od 1 stycznia 2011 r. i aneksowane do 31 grudnia 2014 r.).

W latach 2012-2014 (do 30 czerwca) rozpoczętych zostało sześć postępowań konkursowych o udzielenie świadczeń w rodzaju AOS, w tym cztery w 2012 r. i dwa w 2013 r., przy czym żadne z nich nie dotyczyło zakresów: kardiologia i diabetologia. Jedno postępowanie (w 2012 r.) zostało unieważnione gdyż jedyna złożona oferta została odrzucona z uwagi na niespełnienie warunków określonych w przepisach prawa i zarządzeniach prezesa NFZ. W tym okresie nie wystąpiły przypadki przeprowadzenia rokowań.

W 2010 r. rozpoczęto 536 postępowań konkursowych o udzielenie świadczeń w rodzaju AOS, w tym dziewięć w zakresie kardiologii i dziewięć w zakresie diabetologii. Unieważniono trzy postępowania konkursowe, gdyż nie wpłynęła żadna oferta. W jednym przypadku podjęto decyzję o przeprowadzeniu rokowań (nie dotyczyło kardiologii i diabetologii) z uwagi na to, iż uprzednio prowadzone postępowanie w trybie konkursu ofert zostało unieważnione, a szczegółowe warunki postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej były takie same jak w konkursie ofert.

(dowód: akta kontroli str. 7)

2.2. Szczegółowym badaniem objęto cztery (spośród 18) postępowania konkursowe o udzielanie świadczeń AOS przeprowadzone w 2010 r. po dwa w zakresie: kardiologii i diabetologii i stwierdzono, że:

- ogłoszenia o konkursach ofert zostały przekazane do właściwych miejscowo okręgowych izb zrzeszających osoby wykonujące zawody medyczne w celu zamieszczenia na tablicy ogłoszeń, zgodnie z § 1 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r.,
- postępowania konkursowe zostały przeprowadzone zgodnie z zasadami określonymi w art. 142 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. w o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹¹, a mianowicie:

¹⁰ Dz. U. Nr 273, poz. 2719 ze zm. zwane dalej „rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 15 grudnia 2004 r.”.

¹¹ Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm., zwana dalej „ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej”.

- konkursy składały się z dwóch etapów (części jawnej i niejawnej). Postępowanie prowadziła komisja konkursowa powołana przez dyrektora Śl.O.W. NFZ,
- wszyscy członkowie komisji złożyli oświadczenia o bezstronności, o których mowa w § 5 ust. 3 ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia z 15 grudnia 2004 r. i nie było przypadku wyłączenia członka komisji,
- w części jawnej postępowań członkowie komisji konkursowej stwierdzali prawidłowość ogłoszenia konkursu i sprawdzali oferty w zakresie spełnienia warunków wymaganych od świadczeniodawców,
- w trakcie postępowań nie przeprowadzono kontroli u świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy,
- w części niejawnej konkursu komisja dokonywała porównania ofert w oparciu o kryteria określone w zarządzeniach Prezesa NFZ w sprawie określenia kryteriów ocen ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, tj. jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość udzielanych świadczeń, kwalifikacje personelu, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, a także cenę i liczbę oferowanych świadczeń, a następnie wybierała najkorzystniejsze oferty.

(dowód: akta kontroli str. 8-31)

2.3. W sześciu postępowaniach przeprowadzonych w latach 2012-2013 o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń AOS ubiegało się ośmiu świadczeniodawców (w tym pięć podmiotów niepublicznych). Członkowie komisji konkursowych przeprowadzili sześć kontroli sprawdzających zgodność i prawidłowość danych zawartych w ofercie, a w czterech przypadkach żądali dostarczenia dokumentów potwierdzających dane i informacje przekazane w toku postępowania. Komisja konkursowa odrzuciła jedną ofertę z powodu niezachowania terminu jej złożenia. W prowadzonych postępowaniach wybrano pięć ofert (w tym trzy od podmiotów niepublicznych). Świadczeniodawcy złożyli jedno odwołanie do dyrektora Śl.O.W. NFZ oraz do Prezesa NFZ. Nie wniesiono skarg do sądu administracyjnego.

(dowód: akta kontroli str. 341-342)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

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

3. Rozliczanie umów o świadczenia POZ i AOS

Opis stanu
faktycznego

3.1. Świadczenia opieki zdrowotnej rozliczano za pośrednictwem systemu informatycznego na podstawie przekazywanych przez świadczeniodawców raportów statystycznych. Do sprawdzenia poprawności raportów stosowano:

- automatyczne procedury walidacji uruchamiane na bieżąco w momencie przesyłania sprawozdań do systemu informatycznego Śl.O.W. NFZ,
- a następnie (w przypadku pozytywnego przejścia procesu walidacji¹²) uruchamiana była automatycznie (zgodnie z harmonogramem) dwa razy na dobę weryfikacja sprawozdań świadczeniodawców przy zastosowaniu Centralnych Reguł Weryfikacji (CRW).

¹² W przypadku błędów raport był odsyłany do poprawy.

Dokonywano również weryfikacji wstecznych po każdym zakończonym kwartale świadczeń udzielonych w poprzednich okresach sprawozdawczych.

Najczęściej stwierdzanymi istotnymi błędami podczas weryfikacji sprawozdań z realizacji świadczeń były:

- a) w rodzaju POZ: podanie błędnego kodu dla danego świadczenia, wielokrotne wykazanie w tym samym dniu takiego samego świadczenia z tą samą przyczyną jego udzielenia oraz brak deklaracji lub podanie daty świadczenia wcześniejszej od daty złożenia deklaracji,
- b) w zakresie diabetologii i kardiologii: brak informacji dodatkowych uzasadniających przyjęcie bez skierowania, nieprawidłowe sumowanie świadczeń AOS w tym samym dniu w ramach świadczeniodawcy, przekroczenie limitu wykonanych świadczeń dla danego pacjenta w ramach świadczeniodawcy.

(dowód: akta kontroli str. 32-66)

3.2. W latach 2012-2014 (I półrocze) przeprowadzono ogółem 205 kontroli wykonania umów o świadczenia. W rodzaju POZ (102 kontrole) i w rodzaju AOS (103), w tym: w 78 przypadkach były to kontrole planowe (19 w rodzaju POZ i 59 w rodzaju AOS), a w 127 – doraźne (83 w rodzaju POZ i 44 w rodzaju AOS). W wyniku tych kontroli zakwestionowano zasadność refundacji świadczeń w wysokości 67,9 tys. zł (w tym 57,1 tys. zł w rodzaju AOS), nałożono kary umowne w kwocie 478,5 tys. zł (w tym 177,5 tys. zł w rodzaju AOS), rozwiązano jedną umowę o realizację świadczeń opieki zdrowotnej (w rodzaju POZ).

W ww. okresie przeprowadzono dziewięć kontroli wykonania umów o świadczenia w rodzaju AOS w zakresie kardiologii (w tym siedem doraźnych) oraz siedem kontroli wykonania umów o świadczenia w zakresie diabetologii (w tym cztery doraźne).

Kontrole doraźne podejmowane były: w celu wyjaśnienia koincydencji świadczeń POZ u pacjentów zakwalifikowanych do trzykrotnego zwiększenia stawki kapitałowej w związku z cukrzycą i/lub chorobami układu krążenia, na zlecenie Ministra Zdrowia (m.in. dot. prawidłowości prowadzenia list oczekujących) oraz w związku ze skargami na świadczeniodawcę złożonymi do Śl.O.W. NFZ (m.in. dot. dostępności do świadczeń).

Do najczęściej występujących nieprawidłowości jakie stwierdzone zostały w trakcie przeprowadzonych przez Śl.O.W. NFZ kontroli wykonania umów o świadczenia w rodzaju POZ i AOS w zakresie diabetologii i kardiologii należały: prowadzenie dokumentacji medycznej oraz list oczekujących niezgodnie z obowiązującymi przepisami, nierzetelne wykazywanie liczby zrealizowanych świadczeń (niezgodnie z dokumentacją medyczną), niezapewnienie dostępności świadczeń zgodnie z harmonogramem pracy zgłoszonym do umowy, udzielanie świadczeń przez lekarzy niewymienionych w umowie, udzielanie świadczeń niezgodnie z harmonogramem pracy poradni, niezasadne wypisywanie zleceń na wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi, brak dokumentów potwierdzających dokonywanie przeglądów technicznych sprzętu i aparatury medycznej.

W wyniku przeprowadzonych w ww. okresie kontroli m.in.:

- zakwestionowano świadczenia o wartości: 10,8 tys. zł (POZ) i 57,2 tys. zł (AOS), w tym 0,1 tys. zł w zakresie kardiologii i diabetologii,
- nałożono kary umowne w wysokości: 335,0 tys. zł (POZ) i 177,5 tys. zł (AOS), w tym 8,8 tys. zł w zakresie kardiologii i diabetologii.

(dowód: akta kontroli str. 67-86, 341)

3.3. W Śl.O.W. NFZ w latach 2012-2014 przeprowadzano analizy poziomu realizacji umów pod kątem niewykonywania lub przekroczenia (nadwykonania) zakontraktowanych świadczeń, w wyniku których dokonywano zmian w umowach ze świadczeniodawcami. Między innymi w kwietniu 2012 r. przeprowadzono analizę poziomu realizacji świadczeń zdrowotnych w ramach umów zawartych w rodzaju AOS za I kwartał 2012 r. wraz z wyliczeniem wartości nadwykonań oraz niepełnego wykonania umów dla poszczególnych zakresów świadczeń i poszczególnych świadczeniodawców. W efekcie zwiększono wartości siedmiu wybranych zakresów świadczeń objętych umowami w rodzaju AOS, np. w celu uzyskania poprawy dostępności do świadczeń w zakresie kardiologii renegotjowano warunki finansowe z tymi podmiotami leczniczymi, które jako jedyne zabezpieczały na terenie gminy dostęp do tych świadczeń. Zwiększono również wartości umów w zakresie diabetologii tym placówkom, które dysponowały gabinetem „stopy cukrzycowej”. Z kolei po analizie kontraktów przeprowadzonej w listopadzie 2012 r. zdecydowano o obniżeniu poziomu wartości umów w tych przypadkach, w których środki finansowe nie były w całości wykorzystane do końca września i środki te przeznaczono na pokrycie nadwykonań w wybranych zakresach świadczeń, m.in. w zakresie kardiologii.

Jak wyjaśniła Dyrektor Śl.O.W. NFZ analizy takie opracowywane były w oparciu o zarządzenia wewnętrzne, odpowiednio do poszczególnych rodzajów zadań. Po takich analizach podejmowano działania w celu wyeliminowania lub ograniczenia poziomu nadwykonań oraz niewykonanych przez zmianę warunków umów. Wyniki powyższych analiz nie były bezpośrednio wykorzystywane w procesie kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej na kolejne lata, gdyż w celu przygotowania planu zakupu świadczeń na kolejny rok, przeprowadzane były odrębne analizy, obejmujące również poziom realizacji kontraktów w roku poprzedzającym.

(dowód: akta kontroli str. 96-172)

3.4. Wartość świadczeń w rodzaju AOS wykonanych ponad limity ustalone w umowach (tzw. nadwykonania) wyniosły na koniec 2012 r.¹³ kwotę 39.723,7 tys. zł oraz 33.315,1 tys. zł na koniec 2013 r.¹⁴ Dla objętych kontrolą zakresów kardiologii i diabetologii wartości te wyniosły odpowiednio:

- kardiologia: 4.254,9 tys. zł i 1.916,9 tys. zł,
- diabetologia: 741,5 tys. zł i 548,7 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 173)

Z roszczeniami do Śl.O.W. NFZ z tytułu wykonanych ponad limity ustalone w umowach na 2012 r. świadczeń w rodzaju AOS o wartości 39.353,1 tys. zł wystąpiło 798 świadczeniodawców, w tym 123 w zakresie kardiologii (4.127,7 tys. zł) oraz 88 w zakresie diabetologii (712,0 tys. zł).

W przypadku nadwykonań z 2012 r. Śl.O.W. NFZ zapłacił świadczeniodawcom kwotę 23.556,2 tys. zł, w tym w zakresie kardiologii 1.836,2 tys. zł oraz 532,4 tys. zł w zakresie diabetologii. Wartość zapłaconych nadwykonań z 2013 r. wyniosła 21.597,1 tys. zł, w tym w zakresie kardiologii 1.167,7 tys. zł oraz 471,52 tys. zł w zakresie diabetologii. Prawie całość nadwykonań w rodzaju AOS została zapłacona na podstawie ugód pozasądowych zawartych ze świadczeniodawcami -

¹³ Na dzień 22 stycznia 2013 r., tj. przed zawarciem ugód pozasądowych

¹⁴ Na dzień 22 stycznia 2014 r., tj. przed zawarciem ugód pozasądowych

za 2012 r. 97,5% (22.958,9 tys. zł), a za 2013 r. 96,3% (20.795,8 tys. zł). Ze świadczeniodawcami zawarte zostały umowy pozasądowe, za wyjątkiem sześciu świadczeniodawców, którzy zrzekli się roszczeń¹⁵.

Umowy pozasądowe zawierane były na podstawie zasad określonych w zarządzeniach Dyrektora Śl.O.W. NFZ, które opracowano na podstawie wytycznych Prezesa NFZ¹⁶.

(dowód: akta kontroli str. 174, 177-184, 319-336)

Wartość niezapłaconych świadczeń w rodzaju AOS wykonanych ponad limity ustalone w umowach w 2013 r. wyniosła 1.094,13 tys. zł i była o 17,6% niższa w porównaniu do 2012 r. (1.328,2 tys. zł). W zakresie kardiologii i diabetologii nie wystąpiły niezapłacone nadwykonania z 2013 r., natomiast nadwykonania z 2012 r. wyniosły odpowiednio 128,3 tys. zł i 29,5 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 173)

W przypadku stwierdzenia w trakcie roku wykonania świadczeń ponad limit określony w umowach Śl.O.W. NFZ zawierał ze świadczeniodawcami aneksy zwiększające wartość zakontraktowanych świadczeń. W zakresie diabetologii w 2012 r. wartość świadczeń ujęta w aneksach wyniosła 592,5 tys. zł, a w 2013 r. – 157,6 tys. zł, natomiast w kardiologii w 2012 r. wartość ta wyniosła 30.726,0 tys. zł a w 2013 r. – 12.863,1 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 317)

3.5. Na koniec 2012 r. wartość niewykonanych świadczeń w ramach zawartych kontraktów wyniosła w rodzaju AOS ogółem 981,5 tys. zł, co stanowiło 0,14% wartości zawartych kontraktów, natomiast na koniec 2013 r. 1.296,9 tys. zł, tj. 0,18% wartości kontraktów. W objętych kontrolą zakresach wartości te w 2013 r. zmniejszyły się w porównaniu do 2012 r. i kształtowały się następująco:

- w zakresie kardiologii nie wykonano świadczeń w 2012 r. w kwocie 9,2 tys. zł i w 2013 r. – 7,1 tys. zł, tj. 0,02% wartości kontraktów w tych latach,
- w zakresie diabetologii nie wykonano świadczeń w 2012 r. w kwocie 24,8 tys. zł i w 2013 r. – 10,0 tys. zł, tj. odpowiednio 0,17% i 0,06% wartości kontraktów.

Również zmniejszył się udział niewykonanych świadczeń w zakresie kardiologii i diabetologii w wartości ogółem niewykonanych świadczeń w rodzaju AOS i wyniósł: 0,003% w 2012 r. oraz 0,001% w 2013 r.

(dowód: akta kontroli str. 95)

W przypadku stwierdzenia w trakcie roku niewykonania zakontraktowanych świadczeń zawarte zostały aneksy zmniejszające wartość świadczeń -w diabetologii w 2012 r. o 703,1 tys. zł, a w 2013 r. o 257,9 tys. zł, natomiast w kardiologii w 2012 r. o 1.352,4 tys. zł, a w 2013 r. o 551,8 tys. zł. Jak wyjaśniła Naczelnik Wydziału Ekonomiczno-Finansowego i Współpracy Międzynarodowej środki finansowe odzyskane w wyniku podpisania aneksów zmniejszających zostały przeznaczone na sfinansowanie świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowach zawartych ze świadczeniodawcami w danym roku.

(dowód: akta kontroli str. 316-317)

¹⁵ Roszczeń za 2012 r. o wartości 959,9 tys. zł zrzekło się czterech świadczeniodawców, natomiast roszczeń za 2013 r. zrzekło się dwóch świadczeniodawców, których wartość świadczeń wyniosła 753,2 tys. zł.

¹⁶ Badaniem objęto zgodność wyciszczenia ugód zawartych z 20 świadczeniodawcami, którzy realizowali świadczenia z zakresu kardiologii lub diabetologii, w tym 10 świadczeniodawców z 2012 r. (spośród 223) oraz 10 świadczeniodawców z 2013 r. (spośród 229).

3.6. Wartość zakontraktowanych świadczeń w zakresie diabetologii w 2013 r. kształtowała się na poziomie 15.551,8 tys. zł (1.717,0 tys. jednostek rozliczeniowych) i była wyższa o 6,2% od wartości umów z 2012 r. (14.638,9 tys. zł – 1.616,2 tys. jednostek). W zakresie kardiologii w 2013 r. zakontraktowano świadczenia w kwocie 39.405,9 tys. zł (4.319,5 tys. jednostek rozliczeniowych), co stanowiło 106,7% wartości świadczeń z 2012 r. (36.935,2 tys. zł – 4.048,8 tys. jednostek).

Stwierdzono, że dostępność mierzona liczbą zrealizowanych świadczeń do liczby mieszkańców województwa zwiększyła się w zakresie kardiologii z 0,93 w 2012 r. do 0,96 w 2013 r., natomiast w przypadku poszczególnych powiatów kształtowała się od 0,13 (powiat wodzisławski) do 2,94 (miasto na prawach powiatu Zabrze) w 2012 r. a w 2013 r. od 0,16 do 3,15 (w tych samych powiatach).

W przypadku świadczeń w zakresie diabetologii dostępność w skali całego województwa zwiększyła się z 0,35 do 0,37, natomiast w przypadku poszczególnych powiatów wynosiła: w 2012 r. od 0,04 (powiat raciborski) do 0,79 (powiat myszkowski) a w 2013 r. od 0,04 do 0,82 (w tych samych powiatach).

Jak wynika z wyjaśnień Dyrektora Oddziału, powyższe dysproporcje w dostępności wynikają z nierównomiernego rozkładu infrastruktury i potencjału wykonawczego służącego do realizacji świadczeń zdrowotnych. Problem ten dotyczy zarówno dysproporcji między miastami na prawach powiatu a powiatami ziemskimi, jak również ich rozmieszczenia, gdyż najwyższe nasycenie podmiotami leczniczymi występuje w największych aglomeracjach miejskich województwa śląskiego. Kolejną przyczyną uniemożliwiającą wyrównanie dostępności świadczeń jest skłonność pacjentów do korzystania ze świadczeń w dużych ośrodkach miejskich¹⁷, na co wskazują wyniki analiz dotyczących przemieszczania się pacjentów w celu uzyskania świadczenia (pomiędzy powiatem miejsca zamieszkania a powiatem w jakim zlokalizowana jest poradnia. W dalszej części wyjaśnień podano m.in., że w celu stopniowego wyrównywania dysproporcji w ramach danego zakresu świadczeń (dotyczyło to diabetologii i kardiologii) przyjęto, przy planowaniu zakupu świadczeń na 2011 r., że poziom finansowania obszarów o najwyższej dostępności do świadczeń zmniejsza się maksymalnie o 10% wartości nadwyżki (ustalonej w oparciu o „wskaźnik populacyjny”), a pozyskane środki przeznaczone na podniesienie dostępności do świadczeń na obszarach o najsłabszym poziomie dostępności.

(dowód: akta kontroli str.175-176, 348-353)

3.7. W roku 2013 liczba osób (890.747) objętych potrójną¹⁸ stawką kapitaacyjną w POZ (osoby przewlekle chore na cukrzycę i/lub choroby układu krążenia) zmniejszyła się o 1,0% w porównaniu do 2012 r. (899.688), również zmniejszyła się liczba świadczeń w tym zakresie o 4,9%. W tym samym okresie zmniejszyła się liczba pacjentów w ramach AOS w poradniach diabetologicznych o 9,3% z 100.676 w 2012 r. do 91.361 w 2013 r. oraz liczba udzielonych im świadczeń o 5,2% (z 280.245 w 2012 r. do 265.664 w 2013 r.). Zwiększyła się natomiast w latach 2012-2013 liczba pacjentów w ramach AOS w poradniach kardiologicznych oraz liczba udzielonych im świadczeń odpowiednio o 5,4% i 10,9%.

W latach objętych kontrolą, jak wyjaśniła Dyrektor Śl.O.W. NFZ, Oddział nie był zobligowany do przeprowadzania analiz wpływu wprowadzenia potrójnej stawki kapitacyjnej w POZ za osoby przewlekle chore na cukrzycę i/lub choroby układu

¹⁷ Przykładem takiej tendencji są świadczenia z zakresu kardiologii w Zabrzu, gdzie udział mieszkańców tego miasta w ogólnej liczbie świadczeniobiorców wynosił 35,8%.

¹⁸ Trzykrotną wartością stawki kapitacyjnej.

krążenia na liczbę świadczeń w POZ i AOS w zakresie kardiologii i diabetologii. Podała również, że dane w tym zakresie zostały przygotowane przez Oddziały Wojewódzkie NFZ na wniosek Centrali NFZ i przekazane w sierpniu 2012 r. w formie tabelarycznej.

(dowód: akta kontroli str. 354-363)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w badanym obszarze.

IV. 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 z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹⁹ 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 Katowicach.

Katowice, dnia 28 stycznia 2015 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Katowicach

Kontroler
Jerzy Horodecki
główny specjalista kontroli państwowej

.....
podpis

.....
Podpis

¹⁹ Dz. U. z 2012 r., poz.82 ze zm.