



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Kielcach

LKI-4101-11-01/2012

P/12/124

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Kielcach

al. Tysiąclecia Państwa Polskiego 4, 25-520 Kielce

T +48 41 249 91 00, F +48 41 249 91 05

lki@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

<i>Numer i tytuł kontroli</i>	P/12/124 – Dostępność i finansowanie opieki stomatologicznej ze środków publicznych.
<i>Okres objęty kontrolą</i>	Lata 2010-2012 (do czasu zakończenia kontroli) oraz okres wcześniejszy, w przypadkach wymagających ustalenia stanu faktycznego w zakresie mającym bezpośredni związek z badanymi zagadnieniami w ww. latach.
<i>Jednostka przeprowadzająca kontrolę</i>	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Kielcach.
<i>Kontrolerzy</i>	1. Karol Pokora, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 83302 z dnia 16 sierpnia 2012 r. 2. Piotr Bulski, inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 83303 z dnia 16 sierpnia 2012 r. (dowód: akta kontroli str. 1, 2)
<i>Jednostka kontrolowana</i>	Świętokrzyski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Kielcach, ul. Jana Pawła II 9, 25-025 Kielce (dalej Oddział).
<i>Kierownik jednostki kontrolowanej</i>	Zofia Wilczyńska, Dyrektor Oddziału. (dowód: akta kontroli str. 3)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna	Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.
<i>Uzasadnienie oceny ogólnej</i>	Pozytywną ocenę uzasadnia: - zabezpieczenie dostępu do świadczeń stomatologicznych w poszczególnych zakresach leczenia stomatologicznego na niezmiennym (porównywalnym) poziomie w latach objętych kontrolą; - zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne (umowy o świadczenia STM) z podmiotami spełniającymi wymagania określone przez Ministra Zdrowia i Prezesa NFZ; - stosowanie przy rozliczaniu umów o świadczenia STM reguł walidacji i weryfikacji.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Działania Oddziału w zakresie finansowania świadczeń stomatologicznych

1.1. Określanie zapotrzebowania na świadczenia stomatologiczne na etapie tworzenia planu finansowego

<i>Opis stanu faktycznego</i>	Podział środków finansowych określonych w planie finansowym Oddziału na poszczególne zakresy świadczeń stomatologicznych odbywał się stosownie do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego ¹ (rozporządzenie
-------------------------------	---

¹ Dz. U. Nr 140 poz. 1144 ze zm.

MZ w sprawie świadczeń z zakresu STM) oraz zarządzenia nr 55/2010/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 14 września 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie stomatologiczne (zarządzenie nr 55/2010/DSOZ). Przy podziale środków wykorzystywano analizy pierwotnych umów o świadczenia STM oraz umów aktualnie obowiązujących (tj. po zmianach). Uwzględniano również analizy poziomu realizacji ww. umów w roku poprzedzającym tworzenie planu finansowego oraz w roku jego tworzenia. Oddział wykorzystywał dane dotyczące minimalnych, średnich i maksymalnych krajowych cen jednostek rozliczeniowych w poszczególnych zakresach świadczeń stomatologicznych, liczby osób oczekujących i średniego czasu oczekiwania na udzielanie świadczeń, potencjału kadrowo-sprzętowego świadczeniodawców aktualnie realizujących umowy. Porównywano liczby punktów rozliczeniowych zakontraktowanych przez Oddział na poszczególnych terenach (powiat, gmina) z danymi obejmującymi średnie liczby punktów zakontraktowanych na 10 tysięcy mieszkańców Polski w poszczególnych zakresach świadczeń stomatologicznych. Poziom zabezpieczenia świadczeń ogólnostomatologicznych w województwie świętokrzyskim w stosunku do średniej krajowej liczby punktów zakontraktowanych na 10 tysięcy mieszkańców wynosił w 2010 r. 112%, a w 2011 r. - 117%. Nie było możliwości wykorzystania danych epidemiologicznych przy planowaniu świadczeń stomatologicznych ze względu na wynikającą z raportów statystycznych świadczeniodawców niewielką liczbę jednostek chorobowych stanowiących przyczynę udzielonych świadczeń oraz brak możliwości wyraźnego odniesienia wykazywanych kodów ICD 10² do konkretnego zakresu świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 4-65)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1.2. Dokonywanie analiz jakości i dostępności usług stomatologicznych

Opis stanu
faktycznego

Oddział przeprowadzał analizy osiągalności³, w trakcie których wykorzystywał dane dotyczące liczby lekarzy stomatologów poszczególnych specjalności realizujących w latach poprzednich świadczenia w danym zakresie i ewentualne możliwości pojawienia się nowych oferentów (na podstawie sygnałów zgłaszanych przez placówki medyczne). Brano również pod uwagę liczbę gabinetów stomatologicznych realizujących świadczenia w poszczególnych zakresach, ich lokalizację na terenie województwa świętokrzyskiego. Dostępność przestrzenna⁴ i osiągalność miała odzwierciedlenie w określaniu przez Oddział obszarów kontraktowania i wartości postępowań dla poszczególnych zakresów w postępowaniach konkursowych. W przypadku zakresów, w których powyższe elementy wskazywały na niedobór lekarzy posiadających odpowiednie kwalifikacje i nie było możliwości wyrównania zabezpieczenia w obrębie małych obszarów, Oddział ogłaszał postępowanie konkursowe dotyczące całego województwa. Kontraktowanie w ramach dużego obszaru umożliwiało w takich przypadkach zawarcie umów o świadczenia STM ze wszystkimi dotychczasowymi świadczeniodawcami i przystąpienie do konkursu ofert nowych podmiotów bez względu na ich lokalizację. W zakresach, w których w latach poprzednich świadczenia udzielane były przez dużą liczbę podmiotów z lokalizacją pozwalającą na zawężenie obszarów kontraktowania w ramach ułatwiania dostępu do świadczeń i maksymalnego zmniejszenia odległości pomiędzy gabinetem

² Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych.

³ Osiągalność – relacja między wielkością i strukturą zasobów znajdujących się do dyspozycji systemu a wielkością i strukturą potrzeb zdrowotnych określonej populacji.

⁴ Dostępność przestrzenna – relacja między przestrzenną dystrybucją zasobów a terytorialnym rozmieszczeniem osób, które mają korzystać ze świadczeń.

stomatologicznym, a miejscem zamieszkania pacjentów, Oddział dążył do zakontraktowania świadczeń w każdej gminie.

(dowód: akta kontroli str. 66-155)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1.3. Realizacja postępowań konkursowych i negocjacji o udzielanie świadczeń w rodzaju leczenie stomatologiczne

Opis stanu
faktycznego

Oddział ogłosił w 2008 r. 48 postępowań konkursowych w celu zawarcia umów o świadczenia STM obowiązujących od 1 stycznia 2009 r. do 31 grudnia 2011 r. W 2008 r. przeprowadzono również osiem postępowań w trybie rokowań, w tym jedno w zakresie świadczeń ortodoncji dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia oraz siedem w zakresie świadczeń chirurgii stomatologicznej i periodontologii. W przypadku ww. zakresów powodem przeprowadzenia rokowań był niski poziom zabezpieczenia świadczeń w stosunku do ilości planowanej, osiągnięty w wyniku przeprowadzenia postępowań konkursowych na lata 2009 – 2011, który skutkowałby od 1 stycznia 2010 r. znacznym obniżeniem dostępności do świadczeń w stosunku do lat poprzednich.

W 2010 r. przeprowadzono jedno postępowanie konkursowe, które miało skutkować zawarciem umów obowiązujących od 1 marca 2010 r. do 31 grudnia 2011 r. (zostało unieważnione z powodu braku ofert) oraz cztery dotyczące umów obowiązujących w 2011 r. (jedno z nich zostało unieważnione z powodu braku ofert). W celu zawarcia umów obowiązujących od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2014 r. ogłoszono w 2011 r. 127 postępowań, z których dziewięć zostało unieważnionych. Unieważnienie postępowań wynikało z powodu: braku ofert (pięć postępowań), odrzucenia wszystkich ofert (dwa postępowania), przekroczenia przy wyborze najkorzystniejszej oferty wartości zamówienia określonej w ogłoszeniu (dwa postępowania).

W trakcie postępowań konkursowych prowadzonych w 2008, 2010 i 2011 r. podmioty niepubliczne ubiegały się o zawarcie umów o świadczenia STM we wszystkich 11 zakresach świadczeń wymienionych w rozporządzeniu RM w sprawie świadczeń z zakresu STM. W ramach ww. postępowań publiczne zakłady opieki zdrowotnej w ogóle nie złożyły ofert dotyczących czterech zakresów świadczeń, tj.: ogólnostomatologicznych udzielanych w znieczuleniu ogólnym, stomatologicznych dla świadczeniobiorców z grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych, w tym chorych na AIDS, ortodoncji dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia oraz protetyki stomatologicznej dla świadczeniobiorców po chirurgicznym leczeniu nowotworów w obrębie twarzoczaszki.

Badanie dokumentacji dotyczącej pięciu postępowań konkursowych przeprowadzonych w 2008 r. oraz 13 w 2011 r. wykazało, iż Oddział zawierał umowy o świadczenia STM z podmiotami, których oferty spełniały wymagania określone przez Ministra Zdrowia (w rozporządzeniu RM w sprawie świadczeń z zakresu STM) i Prezesa NFZ (m.in. w zarządzeniu nr 55/2010/DSOZ oraz zarządzeniu nr 54/2011/DSOZ z dnia 30 września 2009 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej).

Komisje konkursowe przeprowadziły 118 kontroli świadczeniodawców w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ich ofertach, w tym: 43 w ramach postępowań skutkujących zawarciem umów obowiązujących od 1 stycznia 2009 r., osiem w trakcie konkursów dotyczących umów obowiązujących w 2011 r. oraz 67 w postępowaniach dotyczących okresu 2012 – 2014.

W ramach postępowań konkursowych prowadzonych na lata 2012 – 2014 komisja konkursowa zażądała od oferentów ubiegających się o zawarcie umowy złożenia wyjaśnień dotyczących informacji zawartych w 209 ofertach, w tym w 157 przypadkach wezwanie obejmowało konieczność dostarczenia dodatkowych dokumentów.

Badanie dokumentacji związanej z wszystkimi 13 odwołaniami złożonymi do Dyrektora Oddziału w latach 2009 – 2012 przez świadczeniodawców, których oferty nie zostały wybrane w wyniku postępowań konkursowych wykazało, iż dwa z nich wniesione po terminie nie podlegały rozpatrzeniu. Pozostałe, stosownie do art. 154 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁵ (ustawa o świadczeniach zdrowotnych), rozpatrzono w terminie siedmiu dni od dnia ich otrzymania. W pięciu przypadkach odwołujący się, po skorzystaniu z prawa do zapoznania się z materiałami postępowania, złożyli oświadczenia, iż działania komisji konkursowej nie naruszyły ich interesu prawnego i wnioskowali o umorzenie postępowań prowadzonych na skutek ich odwołań. W pięciu odwołaniach świadczeniodawcy podnieśli, iż w wyniku przeprowadzonych postępowań konkursowych ich interes prawny doznał uszczerbku w związku z naruszeniem przez Oddział zasad przeprowadzania postępowań w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Ponowna analiza tych postępowań dokonana przez Oddział wykazała, iż były one prowadzone zgodnie z tymi zasadami, zastosowanymi jednakowo do wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniu.

W jednym przypadku zaskarżono decyzję Dyrektora Oddziału oddalającą odwołanie oferenta do Prezesa NFZ. Odwołujący podniósł, iż rozstrzygnięcie postępowania naruszyło zasady uczciwej konkurencji oraz równego traktowania poprzez niezweryfikowanie przez komisję konkursową informacji zawartych w ofertach pozostałych uczestników postępowania, które w jego ocenie zawierały nieprawdziwe dane. Prezes NFZ utrzymał w mocy zaskarżoną decyzję. W uzasadnieniu decyzji podał, iż wobec nienaruszenia zasad prowadzenia postępowania, odwołanie nie mogło zostać uwzględnione.

(dowód: akta kontroli str. 157-563)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1.4. Zasady rozliczania umów o udzielanie świadczeń stomatologicznych

Opis stanu
faktycznego

W okresie objętym kontrolą Oddział rozliczał wykonanie umów, przestrzegając zasad w zakresie sprawozdawania, rozliczania i finansowania świadczeń określonych w § 15 zarządzenia nr 55/2010/DSOZ. W każdym przypadku Oddział zweryfikował przedkładane przez świadczeniodawców miesięczne sprawozdania dotyczące udzielonych świadczeń. Wartość świadczeń zakwestionowanych i nieskorygowanych przez świadczeniodawców wyniosła: 315,9 tys. zł w 2010 r., 279,0 tys. zł w 2011 r. oraz 439,0 tys. zł w 2012 r. (I półrocze). Najczęściej występujące nieprawidłowości w sprawozdaniach świadczeniodawców dotyczyły m.in.: podawania niewłaściwej liczby wykonanych świadczeń dla danego pacjenta w ramach danego świadczeniodawcy w stosunku do dopuszczalnego limitu świadczeń, wykazywania usługi stomatologicznej wykonanej na wcześniej usuniętym zębie, usług co do których przekroczono dopuszczalny limit za dany okres w ramach umowy oraz usług udzielonych niezgodnie z wiekiem pacjenta.

(dowód: akta kontroli str. 564-582)

⁵ Dz. U. z 2008 r. Nr 164 poz. 1027 ze zm.

Ustalono
nieprawidłowości

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

1.5. Kontrola wykonania umów o świadczenia stomatologiczne

Opis stanu
faktycznego

W tworzeniu planu kontroli Oddziału w latach 2010 – 2012 brały udział corocznie powoływane przez Dyrektora Oddziału zespoły, które określały obszary zagrożeń oraz wybierały podmioty do kontroli na podstawie propozycji przedłożonych przez komórki merytoryczne. W planach kontroli, w częściach odnoszących się do rodzaju leczenia stomatologicznego, przewidziano odpowiednio dziesięć, dwie i pięć kontroli. Plany kontroli na lata 2010, 2011 i 2012 (I półrocze) zostały zrealizowane w 100%. W latach 2010 – 2012 (I półrocze) Oddział przeprowadził również 45 kontroli doraźnych świadczeniodawców, z tego w kolejnych latach odpowiednio: siedem, 33 i pięć. Uzasadnieniem ich podjęcia były m.in.: skargi pacjentów, duże tzw. *nadwykonania* świadczeń przy jednoczesnym wykazywaniu przez świadczeniodawców zerowej kolejki osób oczekujących na udzielenie świadczenia, sprawdzenie faktycznej obecności lekarzy stomatologów w gabinetach (analiza danych zawartych w systemie informatycznym NFZ wskazywała na brak świadczeń w określonym dniu tygodnia przez dłuższy okres czasu). Łączna wartość zakwestionowanych w latach 2010 – 2012 (I półrocze) świadczeń wyniosła 128,8 tys. zł, z tego w kolejnych latach odpowiednio: 93,2 tys. zł, 31,5 tys. zł i 4,1 tys. zł. Łączna wartość nałożonych w ww. okresie kar umownych wyniosła 55,7 tys. zł, z tego w kolejnych latach odpowiednio: 16,5 tys. zł, 29,7 tys. zł i 9,5 tys. zł. Najczęściej występujące nieprawidłowości w realizacji umów o świadczenia STM dotyczyły m.in.: kwalifikowania i kodowania procedur stomatologicznych niezgodnie z rozporządzeniem MZ w sprawie świadczeń z zakresu STM, przekazywania do rozliczenia z Oddziałem świadczeń stomatologicznych niezgodnych z wpisem w dokumentacji medycznej pacjentów, nieprzekazywania do Oddziału w niektórych okresach sprawozdawczych danych dotyczących liczby osób oczekujących i średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń, stosownie do art. 23 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

(dowód: akta kontroli str. 583-624)

Ustalono
nieprawidłowości

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

1.6. Dokonywanie analiz poziomu realizacji umów o świadczenia stomatologiczne

Opis stanu
faktycznego

W latach 2010-2012 kompleksowe analizy poziomu realizacji świadczeń stomatologicznych dokonywane były kilka razy w trakcie każdego okresu rozliczeniowego (rozumianego jako rok kalendarzowy), a ich częstotliwość była uzależniona od bieżących potrzeb i możliwości finansowych Oddziału. We wszystkich zakresach świadczeń przyczynami niewykonanych świadczeń (tzw. *niewykonań*) były najczęściej problemy kadrowe występujące u świadczeniodawców, przerwy w udzielaniu świadczeń (zwolnienia lekarskie, urlopy), a także lokalizacje gabinetów stomatologicznych, skutkujące zróżnicowanym wykonaniem świadczeń w poszczególnych miesiącach roku (np. gabinety w szkołach).

Uwzględniając narastający roczny system rozliczeniowy, umożliwiający nadrobienie niewykonań z poprzednich miesięcy, Oddział prowadził ze świadczeniodawcami korespondencję w celu ustalenia przyczyn zaistniałej sytuacji i możliwości pełnego wykonania umowy. Jeśli ustalenia wskazywały na brak możliwości realizacji świadczeń zgodnie z zawartą umową, Oddział - w oparciu o § 43 Ogólnych

warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁶ - przeprowadzał ze świadczeniodawcami renegocjacje w sprawie zmniejszenia kontraktów. Uwolnione w ten sposób środki przeznaczano na sfinansowanie innych świadczeń w zakresie STM, w zależności od aktualnych potrzeb Oddziału.

Jeśli powyższe analizy wykazywały tzw. *nadwykonania* w ramach zawartych umów, w przypadku posiadania wolnych środków Oddział – po przeprowadzeniu dodatkowych analiz w zakresie specyfiki zakresów, poziomu zabezpieczenia i wykonania świadczeń – podejmował działania zmierzające do zwiększenia wartości umów w drodze renegocjacji. Stwierdzone *nadwykonania* wykorzystywano również jako sygnał do przeprowadzenia kontroli realizacji umów w zakresie m.in. zgodności danych raportowanych do Oddziału z dokumentacją medyczną oraz prawidłowości kwalifikacji procedur do rozliczenia.

W razie stwierdzenia dysproporcji w poziomie realizacji poszczególnych punktów umowy zawartej z danym podmiotem, Oddział podejmował działania zmierzające do dostosowania struktury kontraktu do faktycznego zapotrzebowania na świadczenia. W ich konsekwencji w 2010 r. podpisano 60 aneksów do umów ze świadczeniodawcami, w wyniku których łączna wartość umów uległa obniżeniu o 241,8 tys. zł. Aneksy dotyczyły najczęściej zapłaty za *nadwykonania*, zmniejszenia wartości kontraktu w oparciu o *niewykonania* oraz przesunięć między zakresami świadczeń w ramach wartości kontraktu. W 2011 r. podpisano 26 aneksów, w wyniku których łączna wartość umów uległa obniżeniu o 11,8 tys. zł. Aneksy dotyczyły najczęściej zmniejszenia wartości kontraktu w oparciu o *niewykonania*, przesunięć między zakresami świadczeń w ramach wartości kontraktu oraz włączenia do umowy dodatkowego zakresu po konkursie ofert. *Nadwykonania* zbilansowane – rozumiane jako różnica między łączną wartością wykonania, a łączną wartością kontraktów w poszczególnych zakresach – wyniosły w 2010 r. 479,1 tys. zł, z czego 96% stanowiły świadczenia ogólnostomatologiczne, 4% – protetyki stomatologicznej i poniżej 0,1% - ortodoncji dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia. W 2011 r. suma *nadwykonań* zbilansowanych wzrosła do 568,3 tys. zł, z czego 89% stanowiły świadczenia ogólnostomatologiczne, 8% – chirurgii stomatologicznej i periodontologii, po 1% – ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia oraz świadczenia stomatologiczne dla świadczeniobiorców z grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych, w tym chorych na AIDS i poniżej 1% – świadczenia protetyki stomatologicznej. Poziom nadwykonań wzrósł, zarówno w ujęciu wartościowym (o 17% w stosunku do 2010 r.), jak i w podziale na zakresy świadczeń (z trzech do pięciu zakresów).

(dowód: akta kontroli str. 659-672, 732-751)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1.7. Działania w zakresie finansowania świadczeń stomatologicznych wykonanych ponad limit określony w umowach ze świadczeniodawcami

Opis stanu
faktycznego

W ramach posiadanych środków Oddział nie miał możliwości sfinansowania wszystkich *nadwykonań* zrealizowanych przez podmioty w latach 2010-2011. Zapłaty za nadwykonania dokonywano wyłącznie po ustaleniu nowych warunków umów z podmiotami, tj. po podpisaniu stosownych aneksów (przy zastosowaniu cen ustalonych w pierwotnych umowach). Przy podejmowaniu decyzji o zapłacie *nadwykonań* Oddział kierował się wynikami analiz zabezpieczenia świadczeń, specyfiką zakresów świadczeń i poziomem realizacji umów w poszczególnych

⁶ Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484).

zakresach, a przede wszystkim - wysokością wolnych środków finansowych Oddziału.

W 2010 r. w oparciu o 18 aneksów zwiększono wartość umów o świadczenia STM o 194,4 tys. zł. Zwiększenia dotyczyły następujących zakresów świadczeń: ogólnostomatologicznych (107,7 tys. zł, co stanowiło 55% wartości aneksowanych kwot), chirurgii stomatologicznej i periodontologii (63,1 tys. zł - 33%), ortodoncji dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia (20,3 tys. zł - 10%) oraz ogólnostomatologicznych udzielanych w znieczuleniu ogólnym (3,4 tys. zł - 2%). W 2011 r. nie podpisano żadnego aneksu w tej kwestii.

W latach 2010 i 2011 Oddział negatywnie rozpatrzył 37 wniosków świadczeniodawców o zapłatę *nadwykonań* o szacunkowej wartości 268,6 tys. zł, w tym w 2010 r. - 17 wniosków na kwotę 74,7 tys. zł w 2011 r. - 20 wniosków na kwotę 193,9 tys. zł. Zdecydowaną większość stanowiły roszczenia w zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych (w 2010 r. - 15 wniosków, 92% w ujęciu wartościowym, w 2011 r. - 15 wniosków, 72% w ujęciu wartościowym).

W powyższym okresie nie finansowano *nadwykonań* w oparciu o ugody bez skierowania sprawy na drogę sądową („ugody przedsądowe”), ugody przed sądem, ani w oparciu o wyroki sądu.

(dowód: akta kontroli str. 659-672, 732-751)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1.8. Analiza danych w zakresie niewykonanych świadczeń stomatologicznych

Opis stanu
faktycznego

Łączna wartość niewykonanych świadczeń w ramach kontraktów zawartych na 2010 r. wyniosła 252,4 tys. zł, co stanowiło 0,5% wartości świadczeń zakontraktowanych przez Oddział (z uwzględnieniem zawartych aneksów). W strukturze *niewykonań* dominowały świadczenia ogólnostomatologiczne (61%), ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia (18%) oraz chirurgii stomatologicznej i periodontologii (15%).

Niewykonania świadczeń powyżej 1% w stosunku do planu na 2010 r. stwierdzono w przypadku trzech zakresów świadczeń: stomatologicznych dla świadczeniobiorców z grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych, w tym chorych na AIDS (5% zaplanowanej wartości umów w tym zakresie świadczeń), ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia (2%) oraz chirurgii stomatologicznej i periodontologii (1,2%).

W 2011 r. łączna wartość *niewykonań* wyniosła 461,5 tys. zł tj. 0,8% wartości umów. Największy udział osiągnęły niewykonane świadczenia ogólnostomatologiczne (74%), chirurgii stomatologicznej i periodontologii (11%) oraz ortodoncji dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia (8%). *Niewykonania* świadczeń powyżej 1% w stosunku do planu na 2011 r. stwierdzono w przypadku dwóch zakresów świadczeń: chirurgii stomatologicznej i periodontologii oraz ortodoncji dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia (po 2% zaplanowanej wartości umów w tych zakresach świadczeń).

(dowód: akta kontroli str. 659-672, 732-751)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność w badanym zakresie.

2. Dostęp do usług stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych, szczególnie dla dzieci i młodzieży

Opis stanu
faktycznego

Dla potrzeb przeprowadzenia postępowań konkursowych w celu zawarcia świadczeń ogólnostomatologicznych na lata 2009-2011, województwo świętokrzyskie podzielono na: obszar miasta Kielce, obszary miast będących siedzibami powiatów oraz grupy gmin powstałe przez wyłączenie z obszaru danego powiatu jego siedziby (w powiecie kieleckim ziemskim - dwie grupy gmin, w pozostałych powiatach - po jednej grupie gmin). Odrębność postępowań konkursowych dla wyznaczonych w ten sposób obszarów miała szczególne znaczenie dla zabezpieczenia dostępu do świadczeń mieszkańcom terenów, z których nie wpłynęły oferty w pozostałych zakresach świadczeń stomatologicznych. W odniesieniu do pozostałych zakresów świadczeń przyjęto zasadę, że teren całego województwa stanowił jeden obszar kontraktowania.

Łączna wartość zakontraktowanych przez Oddział świadczeń wyniosła w 2011 r. 55.112,4 tys. zł, co oznaczało wzrost w stosunku do 2010 r. o 1.528,7 tys. zł (o 3%). W zakresach świadczeń kierowanych do wszystkich ubezpieczonych (bez względu na wiek) największą dynamikę odnotowały świadczenia protetyki stomatologicznej dla świadczeniobiorców po chirurgicznym leczeniu nowotworów w obrębie twarzoczaszki (wzrost o 628% w stosunku do roku poprzedniego), ogólnostomatologiczne udzielane w znieczuleniu ogólnym (wzrost o 26%) oraz stomatologicznej pomocy doraźnej - ryczałt 12 godzin (wzrost o 25%); w przypadku pozostałych czterech zakresów świadczeń dynamika zmian wyniosła od 1% do 7%. Wartość kontraktów zawartych w ramach największego w ujęciu wartościowym zakresu świadczeń ogólnostomatologicznych wzrosła o 1%.

Wartość świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia wzrosła w latach 2010-2011 o 2%, a świadczeń z zakresu ortodoncji dla dzieci i młodzieży - o 19%.

Wartość zakontraktowanych świadczeń w przeliczeniu na jednego ubezpieczonego wyniosła w 2011 r. 44,24 zł (wzrost w stosunku do 2010 r. o 4%). W podziale na zakresy świadczeń dane przedstawiały się następująco: ogólnostomatologiczne – 34,54 zł (wzrost o 2%), ogólnostomatologiczne udzielane w znieczuleniu ogólnym – 1,03 zł (wzrost o 27%), protetyki stomatologicznej – 1,86 zł (wzrost o 8%), protetyki stomatologicznej dla świadczeniobiorców po chirurgicznym leczeniu nowotworów w obrębie twarzoczaszki – 0,003 zł (poniżej 1 grosza, wzrost o 634%), stomatologiczne dla świadczeniobiorców z grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych, w tym chorych na AIDS – 0,14 zł (wzrost o 6%), chirurgii stomatologicznej i periodontologii – 2,68 zł (wzrost o 5%), stomatologicznej pomocy doraźnej (ryczałt 12 godzin) – 0,38 zł (wzrost o 26%), ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia – 8,77 zł (wzrost o 4%), ortodoncji dla dzieci i młodzieży – 10,75 zł (wzrost o 21%).

W zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych istniały wyraźne dysproporcje co do wartości zakontraktowanych świadczeń przypadających na jednego ubezpieczonego. W poszczególnych obszarach kontraktowania wartości te wahały się od 24,30 zł do 43,87 zł w 2010 r. i od 24,49 zł do 44,88 zł w 2011 r. Niemal we wszystkich przypadkach regułą stanowił wyższy poziom tak określonego wskaźnika dla miasta będącego siedzibą powiatu, w stosunku do wskaźnika dla grupy gmin w tym powiecie. W konkursie ofert na lata 2012-2014 Oddział przeprowadził odrębne postępowanie dla każdej gminy, jednak zabieg ten nie miał wpływu na zmniejszenie różnic między wartościami kontraktów w przeliczeniu na jednego ubezpieczonego w poszczególnych gminach.

Z wyjaśnień Zofii Wilczyńskiej wynika, że działania Oddziału służyły jednak poprawie dostępności przestrzennej i osiągalności gabinetów dla pacjentów. Oddział nie podejmował działań dotyczących wspólnych przedsięwzięć z jednostkami samorządu terytorialnego, konsultantami wojewódzkimi ani Okręgową Izbą Lekarską na rzecz równego dostępu ubezpieczonych do świadczeń STM.

Ze względu na bardzo niski wskaźnik niewykonanych kontraktów w badanym okresie – zarówno świadczeń traktowanych łącznie, jak i w podziale na zakresy – wartości zakontraktowane można potraktować jako w pełni odzwierciedlające sytuację w odniesieniu do świadczeń wykonanych (zapłaconych). Współczynnik korelacji dla wartości zakontraktowanych i wykonanych w przeliczeniu na jednego ubezpieczonego – w odniesieniu do wszystkich obszarów kontraktowania – wyniósł 0,99998 w 2010 r. i 0,99965 w 2011 r., co wskazuje na bardzo wysoką współzależność danych.

(dowód: akta kontroli str. 673-676, 732-754)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność w badanym obszarze.

3. Sprawowanie nadzoru i kontroli przez instytucje publiczne nad tworzeniem i funkcjonowaniem systemu profilaktycznej opieki stomatologicznej nad dziećmi i młodzieżą

3.1. Realizacja zadań z zakresu profilaktyki chorób jamy ustnej adresowanej do dzieci i młodzieży

3.1.1. Świadczenia profilaktyczne realizowane w ramach umów w rodzaju leczenie stomatologiczne

Opis stanu
faktycznego

W ramach obowiązujących przepisów Oddział nie miał możliwości zawierania umów obejmujących wyłącznie świadczenia profilaktyczne, w związku z czym podmioty lecznicze dostosowywały realizację tych usług do bieżącego zapotrzebowania. Gwarantowane świadczenia profilaktyczne przeznaczone dla dzieci i młodzieży stanowiły w latach 2010 i 2011 niewielką część usług przyporządkowanych do zakresów świadczeń: ogólnostomatologicznych, ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia, ogólnostomatologicznych udzielanych w znieczuleniu ogólnym oraz stomatologicznych dla pacjentów z grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych, w tym chorych na AIDS. Świadczenia udzielane w znieczuleniu ogólnym oraz świadczenia stomatologiczne dla pacjentów z grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych, w tym chorych na AIDS zabezpieczono na najwyższym możliwym poziomie, również ze względu na specyfikę pacjentów korzystających z usług (osoby niepełnosprawne, pacjenci z grupy wysokiego ryzyka) i niewielką liczbę placówek realizujących umowy w tym zakresie.

Finansowanie świadczeń z zakresu profilaktyki stomatologicznej odbywało się według wyceny punktowej określonej w aktualnych zarządzeniach Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie stomatologiczne. Wartość świadczeń profilaktycznych dla dzieci do ukończenia 6 roku życia w 2011 r. wyniosła łącznie 70,7 tys. zł (wzrost o 12% w stosunku do 2010 r.), a profilaktycznych świadczeń dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19 roku życia – 137,4 tys. zł (spadek o 2%). Świadczeń dla dzieci do ukończenia 6 roku życia udzielano głównie w Kielcach (78% wartości zrealizowanych świadczeń) i powiecie kieleckim (8%). Świadczenia dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19 roku życia realizowano głównie w Kielcach (61%), powiecie kieleckim (12%) i skarżyskim (12%). Oddział nie miał wpływu na dysproporcje w wykonaniu świadczeń.

W ramach umów w rodzaju leczenie stomatologiczne występowały ponadto dwa inne rodzaje świadczeń służące profilaktyce stomatologicznej. Ich wartość była wielokrotnie większa od zaprezentowanych wyżej danych na temat świadczeń profilaktycznych dla dzieci i młodzieży. Łączna wartość usług zabezpieczenia bruzd lakiem szczelinowym zębów szóstych (jeden raz do ukończenia 7 roku życia) wyniosła w 2011 r. 47,9 tys. zł (wzrost o 7% w stosunku do 2010 r.), a wartość usług lakierowania wszystkich zębów stałych nie częściej niż raz na kwartał – 1.687 tys. zł (wzrost o 3%). W przypadku kontroli świadczeniodawców Oddział stosował procedury/zasady przyjęte dla danego zakresu świadczeń stomatologicznych.

(dowód: akta kontroli str. 677-717, 732-751)

3.1.2. Świadczenia profilaktyczne realizowane w ramach umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna

Opis stanu
faktycznego

Grupowa profilaktyka fluorkowa – jako odrębna pozycja umowy w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna – finansowana była miesięczną stawką kapitałową określoną jako iloczyn liczby uczniów zakwalifikowanych do fluoryzacji i 1/12 rocznej stawki kapitałowej określonej w tym zakresie w aktualnych zarządzeniach Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna⁷. Wartość świadczeń dla osób objętych grupową profilaktyką fluorkową na terenie województwa świętokrzyskiego przedstawiała się następująco: 235,4 tys. zł w 2010 r. (dla 62.413 osób, tj. 63% populacji dzieci w przedziale wiekowym 6 – 13 lat), 345 tys. zł w 2011 r. (dla 65.560 osób, tj. 68% populacji). Oddział zawierał umowy w zakresie świadczeń pielęgniarstwa/higienistki szkolnej – obejmujących obowiązek prowadzenia profilaktyki fluorkowej – ze wszystkimi wnioskodawcami spełniającymi wymagania określone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej⁸. Skokowy wzrost nakładów w 2011 r. w stosunku do 2010 r. (o 47%) był wynikiem podwyższenia stawki kapitałowej z 30 do 45 groszy (o 50%). Kontrola wykonania profilaktyki fluorkowej była prowadzona przez Oddział według zasad stosowanych dla pozostałych pozycji w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna. Kontrolą obejmowano całą umowę, tj. nie prowadzono odrębnych kontroli dla zakresu profilaktyki fluorkowej.

(dowód: akta kontroli str. 677-683, 730-731)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Oddział nie dysponował wiedzą na temat programów profilaktycznych kierowanych do dzieci i młodzieży organizowanych i finansowanych przez samorządy terytorialne województwa świętokrzyskiego. W ocenie NIK nawiązanie w powyższym zakresie współpracy z jednostkami samorządu terytorialnego mogłoby wpłynąć na zwiększenie zainteresowania sprawami z zakresu świadczeń STM.

(dowód: akta kontroli str. 752-754)

⁷ W 2010 r. - zarządzenie Nr 72/2009/DSOZ z dnia 3 listopada 2009 r. ze zm., w 2011 r. - Nr 74/2010/DSOZ z dnia 1 grudnia 2010 r. ze zm., w 2012 r. - Nr 85/2011/DSOZ z dnia 17 listopada 2011 r.

⁸ Dz. U. Nr 139, poz. 1139 YE YM.

3.2. Przekazywanie wojewodzie świętokrzyskiemu informacji w zakresie świadczeniodawców sprawujących profilaktyczną opiekę nad uczniami

Opis stanu faktycznego

Oddział wywiązywał się w badanym okresie z obowiązku przekazywania wojewodzie świętokrzyskiemu informacji o świadczeniodawcach sprawujących profilaktyczną opiekę nad uczniami, o której mowa w art. 27 ust. 3 ustawy o świadczeniach zdrowotnych. Stosownie do § 11 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą⁹, każdego roku przekazywał wykaz obejmujący wszystkie wymagane dane tj.: nazwę i adres świadczeniodawcy, miejsce udzielania uczniom profilaktycznych świadczeń oraz liczbę uczniów objętych profilaktyczną opieką zdrowotną przez świadczeniodawcę. W roku szkolnym 2009/2010 usługi w opisywanym zakresie wykonywało 128 świadczeniodawców w 485 miejscach, w roku szkolnym 2010/2011 – 134 świadczeniodawców w 374 miejscach, a w roku szkolnym 2011/2012 – 139 świadczeniodawców w 391 miejscach. Z wyjaśnień Zofii Wilczyńskiej wynika, że Oddział widzi potrzebę rozszerzenia współpracy z wojewodą świętokrzyskim w zakresie działań profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, jednak nie ma wpływu na organizację ochrony zdrowia na danym terenie. Zapewnienie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy do zadań własnych samorządu terytorialnego.

(dowód: akta kontroli str. 423-515, 752-754)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność 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 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 Kielcach.

Kielce, dnia listopada 2012 r.

⁹ Dz. U. Nr 139, poz. 1133.

Kontrolerzy:
Karol Pokora
starszy inspektor k.p.

Dyrektor
Najwyższej Izby Kontroli
Delegatury w Kielcach
Tadeusz Poddębniak

.....
podpis

.....
podpis

Piotr Bulski
inspektor k.p.

.....
podpis