



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Kielcach

LKI – 4101-007-01/2014

P/14/060

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

Numer i tytuł kontroli	P/14/060 – Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach planu finansowego na 2013 r.
Okres objęty kontrolą	Rok 2013 oraz okres opracowywania planu w 2012 r. i działań w 2014 r. związanych ze sporządzaniem sprawozdań za 2013 r.
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Kielcach.
Kontrolerzy	1. Agnieszka Olejarz, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 90180 z dnia 23 kwietnia 2014 r., 2. Joanna Witkowska, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 90181 z dnia 23 kwietnia 2014 r. (dowód: akta kontroli str. 1-4)
Jednostka kontrolowana	Świętokrzyski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Kielcach (dalej: Oddział lub ŚOW NFZ), ul. Jana Pawła II 9, 25-025 Kielce.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Zofia Wilczyńska, Dyrektor Oddziału. (dowód: akta kontroli str. 5)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna	Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości ¹ , działania ŚOW NFZ na rzecz zapewnienia równego dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz opracowanie i realizację planu finansowego w 2013 r.
Uzasadnienie oceny ogólnej	Pozytywną ocenę uzasadnia: – prawidłowe przygotowanie i wykonanie planu finansowego Oddziału; – dokonywanie zmian w planie finansowym w celu poprawy dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej; – prawidłowe opracowanie planu zakupu świadczeń na 2013 r., ustalenie obszarów kontraktowania dla wybranych zakresów świadczeń opieki zdrowotnej w sposób zabezpieczający na terenie całego województwa ciągłość i dostępność świadczeń; – przeprowadzenie dodatkowych postępowań konkursowych w celu zapewnienia pacjentom dostępu do nowych programów lekowych oraz zwiększenia dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej. Stwierdzone nieprawidłowości polegały na: – niesporządzeniu przez komisję konkursową w jednym z badanych postępowań <i>Rankingu otwarcia z propozycjami Funduszu</i>; – braku propozycji komisji konkursowej dotyczącej ceny i liczby świadczeń w dwóch rankingach otwarcia; – braku dokumentacji z postępowania nr 13-13-000071/AOS/02/3/02.7250.072.02/1 uzasadnienia propozycji Oddziału odbiegającej od propozycji ofertowej; – nieodrzuceniu przez komisję konkursową w postępowaniu nr 13-13-000097/SZP/03/1/03.4060.030.02/1 oferty ZOZ w Busku-Zdroju, mimo iż oferent nie spełniał wymaganych warunków określonych, na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków

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

publicznych² (dalej: ustawy o świadczeniach), w załączniku nr 5 do zarządzenia Prezesa NFZ Nr 90/2012/DSOZ z 11 grudnia 2012 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne oraz zarządzenie zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Zapewnienie równego dostępu do świadczeń zdrowotnych

1.1. Kontraktowanie świadczeń opieki zdrowotnej

Opis stanu
faktycznego

Zgodnie z punktem 3.2.1. *Procedury definiowania priorytetów i planowania zakupu świadczeń*³ Oddział opracował plan zakupu świadczeń na 2013 r., który składał się z:

- części opisowej, stworzonej odrębnie dla każdego rodzaju świadczeń⁴, zawierającej m.in. założenia planu zakupu, charakterystykę sytuacji epidemiologicznej, uzasadnienie do planowanej liczby i wartości świadczeń oraz zaplanowanych obszarów zawierania umów,
- części tabelarycznych, stworzonych według podanych w Procedurze wzorów. (dowód: akta kontroli str. 6-148, 232-242, 1322, 1324)

Głównymi założeniami planu zakupu świadczeń były: dążenie do zwiększenia dostępności do świadczeń (m.in. poprzez wzrost poziomu finansowania lub ogłoszenie dodatkowych postępowań), dążenie do uzyskania poziomu zabezpieczenia świadczeń zbliżonego do średniej krajowej oraz do wyrównania współczynników zabezpieczenia w poszczególnych zakresach dla poszczególnych obszarów województwa, oraz realizacja priorytetów centralnych i regionalnych. W określeniu zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej na 2013 r. wzięto pod uwagę m.in.: poziom kontraktów pierwotnych z roku poprzedniego, poziom rzeczywistej realizacji umów w I półroczu roku poprzedniego i opartą na niej roczną symulację wykonania kontraktów, dane statystyczne dotyczące realizacji kontraktów, informacje o potencjalnych placówkach zainteresowanych udzielaniem świadczeń, dane o sytuacji epidemiologicznej w województwie świętokrzyskim, o migracji ubezpieczonych w obrębie województwa i poza nim, o kolejkach oczekujących na świadczenia w poszczególnych zakresach, priorytety centralne i regionalne oraz współczynniki zabezpieczenia na 10 tys. mieszkańców dla województwa świętokrzyskiego i dla Polski w poszczególnych zakresach świadczeń. (dowód: akta kontroli str. 6-148, 232-242)

W 2012 r. Oddział ogłosił dwa konkursy główne związane z zawieraniem umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w 2013 r., z tego: jeden w POZ w zakresie Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej (dalej: NiŚOZ) i jeden w SPO w zakresie pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej. W pozostałych zakresach ŚOW NFZ nie przeprowadzał konkursów głównych, ponieważ umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych obowiązywały na 2013 r. (dowód: akta kontroli str. 150, 151, 163)

W ramach konkursu głównego dla SPO, ogłoszonego 23 listopada 2012 r. przeprowadzono 14 postępowań, z tego: trzy rozstrzygnięto w styczniu 2013 r., a 11 w lutym 2013 r. W ramach konkursu głównego dla POZ w zakresie NiŚOZ przeprowadzono 42 postępowania, z tego: odwołano 23 (w tym: 18 z powodu błędu w szablonie postępowań

² Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

³ Procedura została wprowadzona w dniu 3 września 2012 r.

⁴ Tj. rodzaju: Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna (dalej: AOS), Lecznictwo szpitalne (dalej: SZP), Świadczenia zdrowotne odrębnie kontraktowane (dalej: ŚOK), Rehabilitacja lecznicza (dalej: REH), Leczenie stomatologiczne (dalej: STM), Profilaktyczne programy zdrowotne (dalej: PRO), Podstawowa opieka zdrowotna (dalej: POZ), Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (dalej: PSY), Opieka paliatywna i hospicyjna (dalej: OPH), Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej (dalej: SPO), Ratownictwo medyczne (dalej: RTM), Pomoc doraźna i transport sanitarny (dalej: PDT), Zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze (dalej: ZPO), Lecznictwo uzdrowiskowe (dalej: UZD).

konkursowych i cztery z powodu błędnego określenia nazw obszarów kontraktowania), unieważniono jedno, pozostałe rozstrzygnięto. Postępowania zakończone podpisaniem umowy o udzielanie świadczeń w zakresie NiŚOZ ogłoszono: w listopadzie 2012 r. (16 postępowań) i w styczniu 2013 r. (dwa postępowania). Wszystkie postępowania rozstrzygnięto w styczniu albo w lutym 2013 r. (dowód: akta kontroli str. 151, 158, 1462-1466)

Poza konkursami głównymi Oddział przeprowadził 60 dodatkowych postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na rok 2013, z tego: 16 w SZP, 12 w AOS, dziewięć w PSY, sześć w OPH, sześć w STM, pięć w SOK, cztery w SPO i dwa w POZ. Trzy z tych postępowań odwołano, 14 unieważniono (w tym: osiem, ponieważ nie wpłynęła żadna oferta i sześć z powodu odrzucenia wszystkich ofert), pozostałe rozstrzygnięto. Inicjatywa wszczęcia 44 postępowań należała do Oddziału. Osiem postępowań ogłoszono na wniosek potencjalnego świadczeniodawcy. Wszczęcie pozostałych ośmiu postępowań wynikało ze wspólnej inicjatywy świadczeniodawców i Oddziału. Świętokrzyskie Centrum Psychiatrii w Morawicy, które wystąpiło z wnioskiem o ogłoszenie postępowania nr 13-13-000151/PSY/04/1/04.1700.001.02/1, brało udział w przeprowadzonym we wcześniejszych latach konkursie głównym⁵, lecz nie zostało w nim wybrane z uwagi na niską liczbę punktów uzyskaną w rankingu. Decyzję o ogłoszeniu ww. postępowania podjęto w związku z ograniczeniem dostępności do świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dorosłych wynikającym z rozwiązania umowy z Wojewódzkim Szpitalem Zespolonym w Kielcach. Pozostali wnioskodawcy nie brali udziału w konkursach głównych w tym samym zakresie i na ten sam obszar kontraktowania co w postępowaniach dodatkowych. Dodatkowe postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na rok 2013 były wszczynane m.in.: w celu zapewnienia ubezpieczonym dostępu do nowych programów lekowych oraz zwiększenia dostępności do świadczeń. (dowód: akta kontroli str. 150, 158-162, 269-381, 1457-1461)

Na 18 postępowań rozstrzygniętych w ramach konkursów głównych i na 43 w ramach konkursów dodatkowych wpłynęło łącznie 227 ofert, z których 58 odrzucono. Główną przyczyną odrzucenia tych ofert (96,6%) było niespełnienie warunków wymaganych od świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy w poszczególnych rodzajach. Spośród pozostałych 169 ofert: dwie zostały wycofane, dwóch oferentów zrzekło się prawa do ubiegania się o zawarcie umowy, 52 oferty nie zostały wybrane (dwie z powodu rozbieżności stanowisk w protokole końcowym; 14 ze względu na fakt, że zgodnie z § 3 ust. 4 zarządzenia nr 85/2010/DSOZ Prezesa NFZ z 23 grudnia 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, w jednym miejscu udzielania świadczeń na danym obszarze zabezpieczenia świątecznej i nocnej opieki zdrowotnej można wybrać tylko jednego świadczeniodawcę oraz 36 z powodu wyczerpania wartości zamówienia określonej w ogłoszeniu.) (dowód: akta kontroli str. 153-155, 162, 266-268, 1322)

W wyniku powyższych postępowań Oddział zawarł 113 umów, w tym 62 w ramach konkursów głównych i 51 w ramach postępowań dodatkowych. (dowód: akta kontroli str. 153-155)

W 2013 r. Dyrektor Oddziału nie przeprowadził dodatkowych postępowań na podstawie art. 161b ustawy o świadczeniach⁶. (dowód: akta kontroli str. 164)

W ogłaszanych na 2013 r. postępowaniach nie odstępowano od *Procedury konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej*

⁵ Przedmiotem postępowania głównego i postępowania dodatkowego były świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych. Postępowanie główne ogłoszono na obszar powiat Kielce i powiat kielecki, a dodatkowe na obszar powiat Kielce.

⁶ Zgodnie z art. 161b ustawy o świadczeniach, w przypadku, gdy w wyniku przeprowadzonego postępowania w trybie konkursu ofert zostaną zawarte na rok następny umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej powodujące zmniejszenie, na terenie oddziału wojewódzkiego Funduszu, dostępu do świadczeń gwarantowanych w danym zakresie w stosunku do roku bieżącego, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może przeprowadzić dodatkowe postępowanie w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

finansowanych ze środków publicznych⁷ (dalej: *Procedury*). (dowód: akta kontroli str. 164, 1322)

Zarówno komisje konkursowe w trakcie postępowań konkursowych na 2013 r., jak i Dział Kontroli Realizacji Umów na Świadczenia w trakcie prowadzonych w 2013 r. kontroli nie wykryły tzw. „kłamstwa ofertowego”⁸. (dowód: akta kontroli str. 169, 170)

Aplikacje informatyczne służące do kontraktowania świadczeń na 2013 r. (wersje produkcyjne) udostępniono Oddziałowi 31 października 2012 r., zgodnie z harmonogramem działań podanym przez Centralę NFZ w piśmie z 24 października 2012 r. (dowód: akta kontroli str. 243, 244)

W okresie kontraktowania zgłoszono cztery błędy dotyczące działania systemów wykorzystywanych w procesie kontraktowania. Trzy z nich wystąpiły podczas zatwierdzania postępowania. Wszystkie błędy zostały usunięte. (dowód: akta kontroli str. 247-252)

W związku z procesem kontraktowania na 2013 r., w okresie od 5 listopada 2012 r. do 15 marca 2013 r., dokonano 18 aktualizacji aplikacji KS-SIKCH oraz w okresie od 10 listopada 2012 r. do 12 grudnia 2013 r. – 17 aktualizacji Portalu SZOI⁹. (dowód: akta kontroli str. 253-258)

W trakcie procesu kontraktowania na 2013 r., w związku z pracami administracyjnymi, wystąpiło siedem przerw w działaniu systemów informatycznych SZOI, SNRL¹⁰ oraz Publikatorze informacji o postępowaniach. Informacje na ten temat Oddział zamieścił na stronie internetowej www.nfz-kielce.pl na dzień lub trzy dni przed wystąpieniem przerwy technicznej lub w dniu jej zaistnienia. (dowód: akta kontroli str. 259-265)

Na 2012 r. Oddział zawarł 1.515 umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na kwotę 1.508.867,2 tys. zł, a na 2013 r. – 1.512¹¹ umów na kwotę 1.610.492,4 tys. zł. Wartość tych umów, przypadających na jednego ubezpieczonego, w poszczególnych rodzajach świadczeń wynosiła:

- w 2012 r. – od 1,16 zł (w PDT) do 797,28 zł (w SZP),
- w 2013 r. – od 1,19 zł (w PDT) do 899,39 zł (w SZP), przy czym w POZ w zakresie NiŚOZ wartość ta obniżyła się o 9,2%, w pozostałych zakresach wzrosła o 3,4% (w PDT) do 20,2% (w SPO). (dowód: akta kontroli str. 382)

W 2013 r. wartość zrealizowanych świadczeń, w przeliczeniu na jednego ubezpieczonego, wynosiła od 1,26 zł (w PDT) do 905,24 zł (w SZP). W poszczególnych rodzajach wartości te, w stosunku do 2012 r., wzrosły o 2,9% (w POZ) do 23,5% (w PRO). (dowód: akta kontroli str. 387)

W 2013 r. na leczenie ubezpieczonych spoza województwa świętokrzyskiego, Oddział wydatkował 175.626,3 tys. zł, tj. 7,6% środków przeznaczonych na pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych¹². W poszczególnych rodzajach świadczeń, wydatki związane z ww. leczeniem wynosiły od 57,6 tys. zł (w PRO) do 89 975,3 tys. zł (w SZP). Procentowo, w poszczególnych rodzajach świadczeń, wydatki te stanowiły od 0,2% (w POZ) do 62,5% (w UZD) środków przeznaczonych na pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych. (dowód: akta kontroli str. 388, 390, 888, 919)

⁷ Symbol nr 2011/001/BO/KONTR/5.9 z 29 września 2011 r.

⁸ „Kłamstwo ofertowe” – podanie w ofercie złożonej w postępowaniu o zawarcie umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nieprawdziwych informacji.

⁹ System Zarządzania Obiegiem Informacji.

¹⁰ System Numerowania Recept Lekarskich.

¹¹ Wśród nich jest 526 umów, w których, na podstawie art. 159 ust. 1 ustawy o świadczeniach, nie określono kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy, z tego 309 umów zawartych ze świadczeniodawcami w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, z wyjątkiem nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej oraz 217 umów zawartych ze świadczeniodawcami wykonującymi czynności w zakresie zaopatrzenia w wyroby medyczne, na zlecenie osoby uprawnionej.

¹² Procentowy udział środków przeznaczonych na leczenie ubezpieczonych spoza regionu wyliczono w następujący sposób: koszty migracji przekazanych do innych Oddziałów Wojewódzkich NFZ / (koszty realizacji kontraktów po wyłączeniu kosztów migracji przekazanych do innych OW NFZ + koszty migracji otrzymanych z innych OW NFZ + koszty migracji przekazanych do innych Oddziałów Wojewódzkich NFZ).

Według *Procedury*, część niejawną postępowania konkursowego rozpoczyna się od sporządzenia przez komisję konkursową rankingu otwarcia. Utworzony na podstawie złożonych i wczytanych ofert oraz ankiet ranking to zestawienie oferentów uporządkowanych w kolejności uzyskanych przez nich punktów. Łączna liczba punktów jest wynikiem oceny oferty pod względem kryteriów pozacenowych (jakość udzielanych świadczeń, ich kompleksowość, dostępność i ciągłość) oraz złożonej propozycji cenowej. Zgodnie z *Procedurą*, komisja konkursowa weryfikuje ofertę w zakresie liczby oferowanych świadczeń i przygotowuje propozycję Oddziału do negocjacji z oferentem. Propozycja ta powinna wynikać z danych dotyczących pierwotnej i ostatecznej wysokości poprzedniego kontraktu, wykonania świadczeń w poprzednim okresie rozliczeniowym, przesunięć pomiędzy zakresami i rodzajami świadczeń. Ponadto komisja powinna wziąć pod uwagę strukturę i zasoby świadczeniodawcy w kontekście zdolności do wykonania oferowanej liczby świadczeń oraz wymagania jakościowe zawarte w szczegółowych materiałach. Komisja ustala także, czy oferta nie zawiera rażąco niskiej ceny. Wszystkie propozycje Komisji odbiegające od propozycji ofertowej lub odrzucenia oferty z powodu rażąco niskiej ceny w stosunku do przedmiotu zamówienia wymagają pisemnego uzasadnienia. Zgodnie z *Procedurą*, komisja konkursowa może przeprowadzić negocjacje ze wszystkimi lub wybranymi oferentami. Negocjacje komisja przeprowadza w celu uzgodnienia najkorzystniejszej ceny i liczby udzielanych świadczeń. Po każdorazowym spotkaniu negocjacyjnym, komisja sporządza protokoły z negocjacji podpisywane przez oferenta i członków komisji. Komisja konkursowa, w rankingu końcowym, zestawia malejąco oferentów wg uzyskanych przez nich punktów i dokonuje wyboru w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w zestawieniu (do wyczerpania łącznej liczby planowanych do zakontraktowania świadczeń lub wartości określonych w ogłoszeniu). (dowód: akta kontroli str. 1322)

Analiza sześciu dodatkowych postępowań konkursowych na 2013 r. o najwyższych kwotach spośród 23 rozstrzygniętych w rodzajach SZP i AOS wykazała, że:

- we wszystkich postępowaniach członkowie komisji konkursowych złożyli oświadczenia o nieistnieniu przesłanek do ich wyłączenia z prac komisji z punktu widzenia wymagań określonych w § 5 ust. 2 i 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 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 zadań¹³;
- w pięciu postępowaniach sporządzono ranking otwarcia, przy czym w trzech z nich komisja konkursowa podała propozycję Oddziału w zakresie liczby i ceny świadczeń;
- w pięciu postępowaniach nie prowadzono negocjacji z oferentami (w każdym z tych postępowań wpłynęła tylko jedna oferta zbieżna z propozycją Funduszu);
- w jednym postępowaniu nr 13-13-000071/AOS/02/3/02.7250.072.02/1, mimo iż wpłynęła jedna oferta, prowadzono negocjacje, ze względu na rozbieżność w cenie jednostki rozliczeniowej (planowana cena jednostki rozliczeniowej wynosiła 8,1 zł, oferent zaproponował 8,5 zł). W *Rankingu kwalifikacyjnym z propozycjami Funduszu*, komisja konkursowa zaproponowała większą od proponowanej przez oferenta liczbę jednostek rozliczeniowych, ale niższą cenę za jednostkę. W dokumentacji z tego postępowania nie zawarto pisemnego uzasadnienia tej propozycji Oddziału. Po uzyskaniu przez strony ostatecznych stanowisk w zakresie ceny i liczby świadczeń opieki zdrowotnej, komisja sporządziła protokół końcowy;
- czas pracy poradni specjalistycznych, podany w ofertach, spełniał wymogi określone w § 11 ust. 5 zarządzenia Nr 71/2012/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 7 listopada 2012 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.
- w dniu 15 stycznia 2013 r. rozstrzygnięto postępowanie nr 13-13-000097/SZP/03/1/03.4060.030.02/1 w zakresie geriatra – hospitalizacja, pomimo iż ZOZ w Busku-Zdroju nie spełniał formalnego wymogu, określonego w załączniku nr 5 do zarządzenia Prezesa NFZ Nr 90/2012/DSOZ z 11 grudnia 2012 r. zmieniającego

¹³ Dz. U. Nr 273, poz. 2719.

zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne oraz zarządzenie zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne. (dowód: akta kontroli str. 391-445, 1322)

Analizie poddano również dokumentację ofertową złożoną przez Polsko-Amerykańską Klinikę Serca – Centrum Kardiologiczno-Angiologiczne im. Dr Władysława Kiesza w Starachowicach (dalej: PAKS) w postępowaniu o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju SZP w zakresie kardiologia – hospitalizacja (13-11-000415/SZP/03/1/03.4100.030.02/1) na lata 2011-2013 w zakresie weryfikacji przez ŚOW NFZ prawdziwości danych zawartych w księdze rejestrowej oraz prawidłowości ich wprowadzenia przez wojewodę świętokrzyskiego. W wyniku badania stwierdzono, że podczas prowadzonego konkursu ofert Oddział nie weryfikował prawidłowości wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej dotyczącego PAKS. W odpowiedzi na wniesione przez jednego z oferentów protesty i odwołania Oddział poinformował go m.in. o braku możliwości podważenia prawdziwości danych ujawnionych w księdze rejestrowej. (dowód: akta kontroli str. 1468-1610)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. W postępowaniu nr 13-13-000097/SZP/03/1/03.4060.030.02/1 w zakresie geriatra – hospitalizacja, Komisja konkursowa nie sporządziła *Rankingu otwarcia z propozycjami Funduszu*. (dowód: akta kontroli str. 391-393)

Zgodnie z punktem 3.2.1.1 *Procedury, ranking otwarcia sporządza się na podstawie złożonych i wczytanych zapytań ofertowych i ankiet*.

Odpowiedzialność za powyższą nieprawidłowość ponosi Mariola Drybała, przewodnicząca komisji konkursowej w tym postępowaniu.

Z wyjaśnień Marioli Drybały wynika, że w powyższym postępowaniu ranking otwarcia był sporządzony w formie wygenerowanego z systemu informatycznego dla celów poglądowych wydruku, który jednak z powodu niepodpisania go przez członków komisji oraz ze względu na brak wymogu jego posiadania w dokumentacji z postępowania (*Ranking otwarcia z propozycjami Funduszu* nie jest wymieniony w Spisie dokumentów związanych z postępowaniem, o którym mowa w *Procedurze*), jako niepotrzebny, został zniszczony. (dowód: akta kontroli str. 448, 452, 454)

2. W postępowaniu nr 13-13-000097/SZP/03/1/03.4060.030.02/1 w zakresie geriatra – hospitalizacja, komisja konkursowa nie odrzuciła oferty ZOZ w Busku-Zdroju, mimo iż oferent nie spełnił jednego z wymaganych warunków określonych, na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy o świadczeniach, w załączniku nr 5 do zarządzenia Prezesa NFZ Nr 90/2012/DSOZ z 11 grudnia 2012 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne oraz zarządzenie zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.

W dniu złożenia oferty oraz w dniu rozstrzygnięcia postępowania, tj. 15 stycznia 2013 r., w księdze rejestrowej ZOZ w Busku-Zdroju w dziale I – *Oznaczenie podmiotu leczniczego i lista przedsiębiorstw*, rubryce 28 – *Rodzaj działalności leczniczej wykonywanej w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, oznaczony kodem resortowym stanowiącym część VI systemu kodów identyfikacyjnych*, widniał wpis Hp.1.1.¹⁴. Zgodnie z wymaganiami formalnymi podanymi w załączniku nr 5 do ww. zarządzenia, określającego warunki wspólne wobec świadczeniodawców (hospitalizacja, hospitalizacja planowa, leczenie „jednego dnia”), w powyższym miejscu w księdze rejestrowej powinno być wpisane 1 – *Stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne*.

W formularzu ofertowym, oferent na pytanie: *czy oferent posiada kod resortowy rodzaju działalności leczniczej wykonywanej w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego obejmującego oddział szpitalny o profilu zgodnym z zakresem świadczeń będących*

¹⁴ Kod resortowy Hp.1.1. oznacza Szpitale wielospecjalistyczne.

przedmiotem kontraktowania (dział I, rubryka 28, część VI kodu resortowego – Stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne), udzielił odpowiedzi: *Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę go spełniał od początku obowiązywania umowy. W trakcie postępowania konkursowego komisja, w związku z niespełnieniem wymaganego warunku formalnego, wezwwała oferenta do złożenia wyjaśnień w powyższej sprawie. Z wyjaśnień oferenta wynikało, że w dniu 18 grudnia 2012 r. złożył on do Świętokrzyskiego Urzędu Wojewódzkiego w Kielcach wniosek o wpis podmiotu leczniczego do rejestru. (dowód: akta kontroli str. 394-420, 1322)*

Zgodnie z art. 149 ust. 1 pkt 7 ustawy o świadczeniach, odrzuca się ofertę, jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 ww. ustawy.

Odpowiedzialność za powyższą nieprawidłowość ponosi Mariola Drybała, przewodnicząca komisji w tym postępowaniu oraz weryfikująca tę ofertę. (dowód: akta kontroli str. 399)

Mariola Drybała wyjaśniła: (...) Wprowadzając ustawę (...) o działalności leczniczej (...) ustawodawca zaplanował termin dostosowania się podmiotów wykonujących działalność leczniczą do jej przepisów do końca czerwca 2012 r., jednak ustawą (...) o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (...) została uchwalona nowelizacja ustawy o działalności leczniczej, która wprowadza przesunięcia w tym zakresie, przedłużając okres dostosowawczy co do zasady do dnia 31 grudnia 2012 r. (...) Po dokonaniu analizy przepisów prawa Komisja Konkursowa uznała, iż priorytetowe znaczenie dla wykonywania działalności leczniczej w sytuacji zmiany przepisów prawa¹⁵ ma kod zakresów świadczeń, który jest zbudowany na bazie kodów resortowych komórek organizacyjnych, w których mogą być realizowane świadczenia. Powiązanie kodów zakresów świadczeń opieki zdrowotnej z kodami resortowymi poszczególnych komórek organizacyjnych oznacza pewność, że realizacja świadczeń określonej specjalności odbywa się we właściwych komórkach organizacyjnych. (...) z punktu widzenia realizacji umowy z NFZ najistotniejsze znaczenie ma kwestia ewentualnego braku komórek organizacyjnych, w ramach, których jest ona realizowana, tymczasem, gdy kod rodzaju działalności ma charakter ogólny i jest ustalany na podstawie rodzaju zarejestrowanych komórek organizacyjnych, Komisja Konkursowa po stwierdzeniu, że zgłoszone miejsce udzielania świadczeń odpowiada właściwemu kodowi komórki organizacyjnej prawidłowo uznała, że w sytuacji, gdy oferent złożył w terminie wniosek o dostosowanie swojej księgi rejestrowej do wymogów określonych w rozporządzeniu w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania w części dotyczącej zmiany kodu działalności Hp.1.1 na kod – 1 – Stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne, to mamy do czynienia ze spełnieniem wszystkich wymagań formalnych. Taka interpretacja, choć wbrew literalnemu brzmieniu zarządzenia, była właściwa, gdyż organ rejestrowy wobec masowego wpływu wniosków dostosowawczych pod koniec 2012 roku nie był w stanie w sposób szybki nanieść wszystkich stosownych zmian. (dowód: akta kontroli str. 448-451)

Zdaniem NIK powyższe wyjaśnienia nie mogą zostać uwzględnione. Jakkolwiek termin na uzyskanie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą upływał z dniem 31 grudnia 2013 r., to w dniu rozstrzygnięcia postępowania (15 stycznia 2013 r.) ZOZ w Busku-Zdroju nie posiadał stosownego wpisu. Dodatkowo należy zauważyć, że jedną z przyczyn nieuzyskania wpisu przez ten podmiot w przewidzianym terminie mogło być zbyt późne złożenie przez niego wniosku w tej sprawie (18 grudnia 2012 r.).

Po rozstrzygnięciu postępowania konkursowego w zakresie geriatra – hospitalizacja, zawartym 4 lutego 2013 r. aneksem nr 01-FK¹⁶ do umowy Nr 13-SZP03/1-11-0121-006 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne zwiększono kwotę

¹⁵ Tj. wprowadzenia ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217), ustawy z dnia 14 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 742) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. z 2012 r. poz. 594).

¹⁶ Aneks wszedł w życie z dniem podpisania, z mocą obowiązującą od 16 stycznia 2013 r.

zobowiązania Oddziału wobec ZOZ w Busku-Zdroju o 2.000.024 zł. W 2013 r. wartość zrealizowanych świadczeń w powyższym zakresie wyniosła 728.029,64 zł¹⁷. (dowód: akta kontroli str. 421-437, 1324)

3. W rankingach otwarcia dotyczących dwóch postępowań (nr 13-13-000022/AOS/02/1/02.1020.001.02/1 w zakresie diabetologia i nr 13-13-000071/AOS/02/3/02.7250.072.02/1 w zakresie badania rezonansu magnetycznego), nie zawarto propozycji komisji dotyczącej ceny i liczby świadczeń. (dowód: akta kontroli str. 391-393, 438, 441)

Zgodnie z punktem 3.2.1.2. *Procedury, propozycja Komisji dotycząca liczby i ceny świadczeń musi być określona i nie może być równa zero.*

Odpowiedzialność za powyższą nieprawidłowość ponosi Rafał Bator, przewodniczący komisji konkursowych w tych postępowaniach.

Rankingi otwarcia nie zawierały propozycji Funduszu, ponieważ – jak wynika z wyjaśnień Rafała Batora – zostały one wydrukowane przed naniesieniem do systemu propozycji komisji konkursowej. Oferta Poradni Diabetologicznej Justyna Bogunia w Busku-Zdroju i oferta TMS Diagnostyka Spółka z o. o. w Końskich były jedynymi ofertami złożonymi w danym postępowaniu konkursowym. Wartość świadczeń podana przez ww. oferentów nie przekroczyła kwoty, którą Fundusz przeznaczył na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym postępowaniu. (dowód: akta kontroli str. 391-393, 438, 441, 456)

4. W przypadku jednej propozycji ŚOW NFZ (podanej w *Rankingu kwalifikacyjnym z propozycjami Funduszu*) odbiegającej od propozycji ofertowej w zakresie ceny i liczby świadczeń w dokumentacji z postępowania nr 13-13-000071/AOS/02/3/02.7250.072.02/1 w zakresie badania rezonansu magnetycznego nie zawarto pisemnego jej uzasadnienia. (dowód: akta kontroli str. 391-393, 441, 442)

Zgodnie z punktem 3.2.1.2. *Procedury, wszystkie propozycje Komisji odbiegające od propozycji ofertowej lub odrzucenia oferty z powodu rażąco niskiej ceny w stosunku do przedmiotu zamówienia wymagają pisemnego uzasadnienia w dokumentacji postępowania.*

Odpowiedzialność za powyższą nieprawidłowość ponosi Rafał Bator, przewodniczący komisji konkursowej w tym postępowaniu, który wyjaśnił, iż wskazanie przez oferenta wartości jednostki rozliczeniowej powyżej ceny oczekiwanej przez Oddział, w opinii komisji, nie wymagało uzasadnienia w rankingu kwalifikacyjnym. Z wyjaśnień ww. pracownika wynika, że *Procedura* nie wymaga, aby w spisie dokumentów związanych z postępowaniem znajdowały się *Ranking otwarcia z propozycjami Funduszu* oraz *Ranking kwalifikacyjny z propozycjami Funduszu* (komisja konkursowa posiłkuje się tymi załącznikami jako materiałami roboczymi w celu przygotowania propozycji). (dowód: akta kontroli str. 456, 457)

Zdaniem NIK brak uzasadnienia propozycji komisji odbiegającej od propozycji ofertowej nie pozwala jednoznacznie stwierdzić, jakimi kryteriami kierowali się członkowie komisji konkursowej proponując w danym postępowaniu konkretnemu oferentowi konkretną liczbę świadczeń oraz ich cenę.

1.2. Zapewnienie równego dostępu do świadczeń zdrowotnych

W 2013 r. we wszystkich powiatach województwa świętokrzyskiego zapewniono dostęp do świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej i świadczeń ogólnostomatologicznych¹⁸. Świadczenia w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym nie były udzielane w powiecie kazimierskim, opatowskim i pińczowskim, a świadczenia w zakresie endokrynologii – w powiecie kazimierskim, włoszczowskim i jędrzejowskim. Pacjentom z tych powiatów dostęp do ww. świadczeń zapewniono w sąsiadujących powiatach¹⁹.

¹⁷ Stan na dzień 26 maja 2014 r.

¹⁸ Dla pozostałych zakresów w STM obszar kontraktowania ustalono na poziomie grupy gmin, grupy powiatów i województwa.

¹⁹ W zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym w powiecie buskim i sandomierskim, a w zakresie endokrynologii w powiecie buskim, kieleckim i miasto Kielce.

Sposób ustalenia obszarów kontraktowania dla świadczeń w zakresie: endokrynologii (powiaty, grupy powiatów), rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym (powiaty, grupy powiatów), rehabilitacji wzroku (województwo) oraz profilaktycznych programów zdrowotnych (województwo) zabezpieczał dostępność świadczeń na terenie całego województwa świętokrzyskiego. Świadczenia w zakresie rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych realizował Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Św. Rafała w Czerwonej Górze, który był jedynym świadczeniodawcą i który z dniem 1 marca 2013 r., z braku kadry lekarskiej wymaganej w oddziale rozwiązał umowę z NFZ. Z wyjaśnień Dyrektora Oddziału wynika, że w celu zminimalizowania niekorzystnych dla pacjentów skutków zaprzestania realizacji ww. świadczeń, Oddział, na wniosek świadczeniodawcy, zwiększył wartość umowy o udzielanie świadczeń w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej o kwotę 100 tys. zł. (dowód: akta kontroli str. 458-485, 488, 489, 492, 493, 500, 1308)

W 2013 r. dostępność do świadczeń, liczona jako liczba jednostek rozliczeniowych przypadających na 10 tys. mieszkańców województwa świętokrzyskiego²⁰, w porównaniu do 2012 r., wzrosła w zakresie: endokrynologii o 2%, rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym o 3,6%, programu badań prenatalnych o 16%, programu profilaktyki raka piersi – etap podstawowy – w pracowni mobilnej o 48,3%, natomiast zmniejszyła się w zakresie rehabilitacji wzroku o 0,8% oraz w pozostałych zakresach w rodzaju PRO – od 2,8% do 20,1%. Dostęp do świadczeń ogólnostomatologicznych w 2013 r. zapewniono na podobnym poziomie co w 2012 r. W 2013 r. w czterech powiatach, tj. buskim, kazimierskim, opatowskim i sandomierskim, liczba świadczeniodawców realizujących świadczenia w ramach podstawowej opieki zdrowotnej nie uległa zmianie w stosunku do 2012 r. W pozostałych powiatach przybyło po 1-2 świadczeniodawców²¹. (dowód: akta kontroli str. 465-477)

Na 2013 r. Oddział nie zakontaktował świadczeń w zakresach: alergologia dziecięca - hospitalizacja, diabetologia dziecięca - hospitalizacja, kardiologia dziecięca - hospitalizacja, dermatologia i wenerologia dziecięca - hospitalizacja, choroby płuc dziecięce - hospitalizacja, reumatologia dziecięca - hospitalizacja, kardiochirurgia dziecięca - hospitalizacja, neurochirurgia dziecięca - hospitalizacja, okulistyka dziecięca - hospitalizacja, otolaryngologia dziecięca - hospitalizacja, chirurgia szczękowo-twarzowa dziecięca – hospitalizacja. Przyczyną niezapewnienia dostępności do tych świadczeń był brak sygnałów ze strony pacjentów o konieczności zapewnienia dostępu do tych świadczeń oraz brak zgłoszeń o gotowości świadczeniodawców do realizacji świadczeń w tych zakresach. (dowód: akta kontroli str. 494-498)

W 2013 r. Oddział rozwiązał w całości lub w części łącznie 26 umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. (dowód: akta kontroli str. 499-501)

O dostępnych miejscach udzielania świadczeń i umowach ze świadczeniodawcami Oddział informował pacjentów poprzez stronę internetową www.nfz-kielce.pl, na której w zakładce *Gdzie się leczyć*, publikował wykaz wszystkich placówek mających kontrakt z NFZ wraz z ich czasem pracy. Z wyjaśnień Dyrektora Oddziału wynika, że wiadomości o rozwiązaniu umowy są rozpowszechniane w lokalnej prasie oraz za pośrednictwem rzecznika prasowego ŚOW NFZ, który doprecyzowuje informacje o zaistniałych okolicznościach towarzyszących rozwiązaniu bądź wygaśnięciu umowy. W sytuacji rozwiązania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie NiŚOZ na stronie internetowej Oddziału zamieszczany był komunikat, w którym informowano pacjentów o tym fakcie oraz przypominano im, iż w sytuacji pogorszenia stanu zdrowia ubezpieczeni mogą skorzystać z pomocy lekarskiej i pielęgniarskiej we wszystkich placówkach realizujących umowy w powyższym zakresie. Do komunikatu dołączano wykaz miejsc udzielania przedmiotowych

²⁰ Wyliczona według kontraktów końcowych.

²¹ Wzrost liczby świadczeniodawców realizujących: świadczenia lekarza POZ wystąpił w powiatach kieleckim, koneckim, skarżyskim, włoszczowskim i miasto Kielce, świadczenia pielęgniarki POZ w powiatach jędrzejowskim, kielecki, miasto Kielce, koneckim, skarżyskim i włoszczowskim, świadczenia pielęgniarki szkolnej w powiatach starachowickim i włoszczowskim oraz świadczenia położnej POZ w powiatach koneckim, miast Kielce, ostrowieckim, pińczowskim, skarżyskim i staszowskim.

świadczeń na terenie województwa świętokrzyskiego wraz z danymi teleadresowymi. (dowód: akta kontroli str. 504, 505, 507-509)

Z danych uzyskanych z Działu Uprawnnień, Ewidencji i Obsługi Świadczeniobiorców, sporządzonych na podstawie nadsyłanych przez świadczeniodawców komunikatów sprawozdawczych dotyczących list oczekujących w zakresach dobranych w sposób celowy wynika, że:

1) w poradniach kardiologicznych, ortopedii i traumatologii narządu ruchu oraz oddziałach kardiologicznych w kategorii „przypadek stabilny”, w grudniu 2013 r. nastąpił wzrost wyliczonego według mediany²² średniego czasu oczekiwania na świadczenia odpowiednio o: 84,1%, 20% i 33,3% w porównaniu do grudnia 2012 r. W poradniach okulistycznych w powyższej kategorii medycznej nie odnotowano kolejek na koniec 2012 r., natomiast na koniec 2013 r. wyliczony według mediany średni czas oczekiwania w tych poradniach wynosił 10 dni. W grudniu 2013 r., podobnie jak w grudniu 2012 r., nie było kolejek oczekujących dla „przypadków stabilnych” w poradniach neurologicznych, oddziałach ortopedii i traumatologii narządu ruchu, otolaryngologicznych, neurologicznych i nefrologicznych oraz dla „przypadków pilnych” we wszystkich ww. poradniach i oddziałach;

2) świadczeniodawców z wykazaniem na dzień 31 grudnia 2013 r. w kategorii „przypadek stabilny” średnim czasem oczekiwania²³ wynoszącym powyżej 60 dni było: 21 udzielających porad kardiologicznych, 10 – porad okulistycznych, czterech – porad neurologicznych, dwóch – porad w zakresie chirurgii urazowo-ortopedycznej, dwóch udzielających świadczeń na oddziale chirurgii urazowo-ortopedycznej i jeden – na oddziale otolaryngologicznym. Liczba tych świadczeniodawców stanowiła odpowiednio: 56,8%, 16,9%, 8%, 7,4%, 16,7% i 14,3% ogólnej liczby świadczeniodawców udzielających świadczeń w poszczególnych ww. komórkach organizacyjnych. Najdłuższy średni czas oczekiwania do poradni kardiologicznej w kategorii „przypadek stabilny”, na koniec grudnia 2013 r. wynosił 292 dni w ZOZ w Końskich, do poradni okulistycznych – 310 dni w Centrum Medycznym "CROSSMED" – Profilaktyka, Diagnostyka, Terapia w Kielcach, do poradni neurologicznych – 281 dni w Powiatowym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Starachowicach, do poradni chirurgii urazowo-ortopedycznej – 116 dni w Przychodni Specjalistycznej "Przyjaciół" Sp. z o.o. w Kielcach, na oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej – 372 dni w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kielcach i na oddział otolaryngologiczny – 142 dni w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Kielcach;

3) w 2013 r. liczba osób oczekujących na udzielenie świadczenia w poradniach okulistycznych, kardiologicznych, neurologicznych, ortopedii i traumatologii narządu ruchu oraz na oddziałach otolaryngologicznych, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, kardiologicznych, neurologicznych zmieniała się w różny sposób w stosunku do 2012 r. Przykładowo w poradniach okulistycznych liczba osób oczekujących w kategorii „stabilna” na koniec 2012 r. wynosiła 3.097, a na koniec 2013 r. zmniejszyła się do 3.003 osób, tj. o 3%. Natomiast w kategorii „pilna” na koniec 2013 r. liczba osób oczekujących w tych poradniach, w porównaniu do 2012 r., wzrosła o 40% (z 10 do 14). W oddziałach ortopedii i traumatologii narządu ruchu liczba osób oczekujących w kategorii „stabilna” na koniec 2012 r. wynosiła 325 osób, a na koniec 2013 r. wzrosła do 340 osób, tj. o 4,6%. Natomiast w kategorii „pilna” na koniec 2013 r. liczba osób oczekujących w tych oddziałach zmniejszyła się o 29% (z 55 do 39). W oddziałach nefrologicznych, na koniec 2012 r. i 2013 r. nie było kolejek oczekujących. (dowód: akta kontroli str. 512-519, 1322)

Wartość zakontraktowanych na 2013 r. świadczeń w rodzaju AOS w zakresie neurologii oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu wzrosła o 4,3% i 8,2% w porównaniu do 2012 r. (wykonanie zwiększyło o 2,8% i 8,6%), natomiast w zakresie kardiologii i okulistyki spadła o 1,2% i 2,2% (wykonanie zmniejszyło się o 1,2% i 3,1%). W rodzaju SZP odnotowano:

²² Mediana stanowi wartość środkową zbioru.

²³ Wyliczony według wzoru określonego w załączniku nr 7 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2013 r., poz. 1447).

- w zakresie nefrologii – spadek wartości zakontraktowanych na 2013 r. świadczeń o 1,1% w stosunku do 2012 r. i wzrost wartości zrealizowanych świadczeń o 0,6%,
- w zakresie otolaryngologii – wzrost wartości zakontraktowanych na 2013 r. świadczeń o 3,8% w porównaniu do 2012 r. i spadek wartości wykonanych świadczeń o 1,4%,
- w zakresie kardiologii, neurologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu – wzrost wartości zakontraktowanych na 2013 r. świadczeń odpowiednio o: 2,9%, 9,6% i 16,8% i wzrost wykonania o: 3%, 3,8% i 16,1%. (dowód: akta kontroli str. 1324, 1467)

Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że w celu zmniejszenia czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń w zakresie kardiologii, okulistyki oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu – zwiększano wartość kontraktów, przy czym ze względu na ograniczone środki finansowe promowano placówki, w których m.in.: w ciągu roku nie powielano nadmiernie porad dla zdiagnozowanych pacjentów, przyjmowano pacjentów pierwszorazowych w procencie nie niższym niż średnia z zakresu, realizowano bardziej kosztowne porady z badaniami, nie stwierdzono znacznych absencji lekarzy. Renegocjacje umów prowadzono również w celu zmniejszenia kolejek oczekujących na świadczenia w zakresie kardiologia – hospitalizacja (priorytetowe dla ŚOW NFZ były świadczenia związane z wszczepieniem/wymianą rozruszników/kardiowerterów-defibrylatorów, ablacje i diagnostyka inwazyjna zaburzeń rytmu serca, angioplastyka). (dowód: akta kontroli str. 167-169, 176, 177, 190-210, 1425-1456)

W styczniu 2014 r. Oddział przesłał do Ministerstwa Zdrowia zestawienie danych dotyczących 10 najdłuższych kolejek oczekujących występujących w AOS na dzień 31 grudnia 2013 r. oraz pismo, w którym nakreślił największe problemy związane z kolejkami (wśród nich znalazły się: możliwość zapisania się pacjenta do kilku kolejek oczekujących do różnych podmiotów w tym samym zakresie świadczeń, brak dostępu do świadczeń dla pacjentów pierwszorazowych z powodu obejmowania opieką lekarską zbyt wielu pacjentów kontynuujących leczenie, brak lekarzy specjalistów w niektórych zakresach świadczeń i obszarach kontraktowania oraz błędne prowadzenie przez świadczeniodawców list oczekujących). (dowód: akta kontroli str. 525-527)

Pismem z 8 stycznia 2014 r. Oddział przekazał do Centrali NFZ, w odpowiedzi na jej prośbę, propozycje zmian legislacyjnych i informatycznych, które powinny przyczynić się do zmniejszenia liczby osób oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej. Wśród nich były: wprowadzenie scentralizowanego rejestru spersonalizowanych kolejek oczekujących we wszystkich rodzajach i zakresach świadczeń, wydzielenie procentu porad lekarskich dla pacjentów pierwszorazowych w harmonogramie tygodniowym AOS, wprowadzenie Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego oraz zwiększenie liczby rezydentur celem umożliwienia lekarzom kształcenia się w specjalizacjach deficytowych. (dowód: akta kontroli str. 520-524)

W I kwartale 2014 r. Oddział, wspólnie z konsultantami wojewódzkimi, wziął udział w kontrolach zleconych przez Ministerstwo Zdrowia. Kontrole te, przeprowadzone w poradniach kardiologicznych, endokrynologicznych i neurologicznych – jak wynika z wyjaśnień Dyrektora Oddziału – miały na celu zwrócenie świadczeniodawcom szczególnej uwagi na możliwość zmiany sposobu prowadzenia procesu leczenia pacjentów poradni oraz na prawidłowość sprawozdawania kolejek oczekujących (w trakcie kontroli stwierdzono liczne błędy rzutujące na długość sprawozdawanych kolejek). (dowód: akta kontroli str. 167-169, 528-533)

W 2013 r. sprawozdania o czasie oczekiwania na udzielanie świadczeń terminowo składało średnio 79,6% świadczeniodawców. (dowód: akta kontroli str. 534)

Z wyjaśnień Mirosławy Klimek, specjalisty w Dziale Uprawnień, Ewidencji i Obsługi Świadczeniobiorców Wydziału Spraw Świadczeniobiorców wynika, że w stosunku do świadczeniodawców, którzy nieterminowo przekazywali komunikaty sprawozdawcze dotyczące list oczekujących w 2013 r., wystosowano 75 pism o przesłanie brakujących raportów. Do świadczeniodawców, którzy nie zareagowali na prośbę Oddziału wysłano 12 pism ponaglących. Wobec świadczeniodawców, którzy nie reagowali na pisma ponagląjące i nadal nie przekazywali raportów kolejkowych w 2013 r., wystąpiono do Dyrektora Oddziału z dwoma wnioskami o przeprowadzenie kontroli doraźnej. Na świadczeniodawcę, który nie przekazywał raportów kolejkowych w rodzaju STM, nałożono

karę umowną w wysokości 1.075,2 zł. W przypadku świadczeniodawcy, który nie przekazywał raportów kolejkowych w rodzaju REH, kontrola nie została jeszcze zrealizowana. (dowód: akta kontroli str. 187-189, 536-545)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1.3. Nakładanie się czasu pracy personelu medycznego

Badanie w zakresie nakładania się czasu pracy personelu medycznego przeprowadzono dla dobranego celowo rodzaju REH. W 2013 r. świadczeń w ramach rehabilitacji leczniczej udzielało 151 lekarzy, w tym 108 u jednego świadczeniodawcy. Analiza czasu pracy 10 lekarzy z 43 udzielających ww. świadczeń u więcej niż jednego świadczeniodawcy wykazała, że: w przypadku dziewięciu z nich nie nakładał się czas ich pracy w placówkach, w których świadczyli usługi medyczne. W przypadku jednego z lekarzy rehabilitacji medycznej stwierdzono pokrywanie się czasu jego pracy u trzech różnych świadczeniodawców:

- w okresie od 10 stycznia do 7 lutego 2013 r. w poniedziałki w godzinach od 13.00 do 18.00 i wtorki w godzinach od 8.00 do 12.00 w Parafialnym Oddziale Akcji Katolickiej przy Parafii Św. Michała w Ostrowcu Świętokrzyskim i w Domu dla Niepełnosprawnych w Piekoszowie,
- w okresie od 8 lutego do 31 lipca 2013 r. w czwartki w godzinach od 7.00 do 13.00 w Parafialnym Oddziale Akcji Katolickiej przy Parafii Św. Michała w Ostrowcu Świętokrzyskim i w Przedsiębiorstwie Handlowo-Usługowym „Fontis 1” w Busku-Zdroju. (dowód: akta kontroli str. 1227-1301)

Zgodnie z § 6 ust. 1 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (dalej: OWU), stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej²⁴, świadczenia udzielane są osobiście przez osoby wykonujące zawody medyczne lub inne osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny, zgodnie z załącznikiem do umowy. Zgodnie z § 6 ust. 4 pkt 2 OWU, osoby, o których mowa w ust. 1, w czasie wyznaczonym do udzielania świadczeń w harmonogramie pracy, nie mogą udzielać świadczeń u innego świadczeniodawcy.

Z wyjaśnień Dyrektora Oddziału wynika, że ŚOW NFZ weryfikował zgłoszenia²⁵ zmiany umowy w zakresie czasu pracy personelu medycznego. W przypadku stwierdzenia konfliktów harmonogramów pracy, wnioski o dokonanie zmiany oceniane były negatywnie, a personel blokowany, co uniemożliwiało świadczeniodawcy rozliczenie wykonanych przez niego świadczeń do czasu wyjaśnienia zaistniałej sytuacji lub skorygowania przez niego harmonogramu. (dowód: akta kontroli str. 1304-1306)

W dniu 11 marca 2013 r. Oddział otrzymał od lekarza rehabilitacji medycznej, u którego wystąpiło nakładanie się czasu pracy u różnych świadczeniodawców, informację, z której wynikało, że był on zatrudniony tylko w dwóch placówkach, tj. w Parafialnym Oddziale Akcji Katolickiej przy Parafii Św. Michała w Ostrowcu Świętokrzyskim i w Domu dla Niepełnosprawnych w Piekoszowie, i że czas jego pracy u obu świadczeniodawców nie pokrywa się. W związku z pismem ww. lekarza, Oddział usunął blokady czasu jego pracy oceniając zgłoszenia pozytywnie. Dnia 10 kwietnia 2013 r. Dział Kontraktowania Świadczeń, wystąpił do Dyrektora Oddziału z wnioskiem o przeprowadzenie kontroli doraźnej w Przedsiębiorstwie Handlowo-Usługowym „Fontis 1” w Busku-Zdroju, realizującym umowę nr 13-REH05-12-02240-111 w zakresie fizjoterapii domowej, pod kątem spełnienia przez niego wymogów koniecznych określonych w zarządzeniu Nr 53/2010/DSOZ Prezesa NFZ z 2 września 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju

²⁴ Dz. U. Nr 81, poz. 484.

²⁵ Zgłoszenia dotyczące Domu dla Niepełnosprawnych w Piekoszowie przesłano 9 i 31 stycznia oraz 4 lutego 2013 r., dotyczące Parafialnego Oddziału Akcji Katolickiej przy Parafii Św. Michała w Ostrowcu Świętokrzyskim – 7 lutego i 8 marca 2013 r., dotyczące Przedsiębiorstwa Handlowo-Usługowego „Fontis 1” w Busku-Zdroju – 20 lutego i 14 lipca 2013 r.

rehabilitacja lecznicza. Kontrola nie została przeprowadzona z powodu – jak wynika z wyjaśnień Dyrektor Oddziału – ograniczeń kadrowych w Dziale Kontroli Realizacji Umów na Świadczenia (część kontrolerów została oddelegowana do innych zadań). (dowód: akta kontroli str. 490, 491, 1304-1306, 1309-1313)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1.4. Zasady płatności za świadczenia i kontrola realizacji umów

W Oddziale nie stwierdzono przypadków niezapłacenia, na wniosek świadczeniodawcy, za poprawnie zweryfikowane świadczenia udzielone w 2013 r., które nie były objęte limitami²⁶. Do dnia badania, tj. do 9 czerwca 2014 r., ŚOW NFZ nie zawierał ze świadczeniodawcami ugód sądowych dotyczących świadczeń udzielonych w 2013 r. ponad wartości umów zawartych na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. (dowód: akta kontroli str. 1314-1320)

W Oddziale monitorowano realizację kontraktów i przeprowadzano okresową analizę poziomu ich wykonania. W tym celu, Dział Monitorowania, Analiz i Planowania Świadczeń Oddziału opracowywał co miesiąc „Analizę realizacji świadczeń w okresie (...)”, przekazując ją do merytorycznych Sekcji Oddziału. W oparciu o powyższe analizy proponowano świadczeniodawcom zmiany poziomu finansowania świadczeń. Do umów obowiązujących w 2013 r.²⁷ sporządzono 1.172 aneksy finansowe, w tym: 887 na podstawie § 43 OWU, w związku ze zwiększeniem kwoty zobowiązania Oddziału wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy lub jej zmniejszeniem w wyniku rozwiązania umowy, 95 na podstawie § 20 OWU, w związku z dokonaniem przesunięć w ramach umowy pomiędzy zakresami i 33 na podstawie § 21 OWU w związku z dokonaniem przesunięć pomiędzy umowami. (dowód: akta kontroli str. 1321-1324)

W 2013 r. Dział Kontroli Realizacji Umów na Świadczenia przeprowadził, w oparciu o art. 64 ustawy o świadczeniach, 149 kontroli. W ramach tych kontroli zbadał prawidłowość realizacji umów w wybranych zakresach, w tym m.in. spełnianie przez świadczeniodawców warunków wymaganych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy o świadczeniach, prawidłowość sporządzania raportów statystycznych, zasadność udzielania świadczeń oraz dostępność do świadczeń. W efekcie 68 kontroli, w związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami (polegającymi m.in. na: udzielaniu świadczeń przez mniejszą liczbę osób niż zgłoszona do umowy, nieudzielaniu świadczeń w miejscu i czasie ustalonym w umowie, udzielaniu świadczeń przez osoby nieuprawnione lub nieposiadające wymaganych uprawnień, wykazywaniu do rozliczeń świadczeń, których faktycznego wykonania nie potwierdziła dokumentacja medyczna, nieprawidłowym sprawozdawaniu i rozliczaniu świadczeń polegających na ordynowaniu leków), na świadczeniodawców nałożono kary w wysokości 321,8 tys. zł. (dowód: akta kontroli str. 1322-1357)

W ŚOW NFZ zostały wdrożone Centralne Warunki Walidacji i Centralne Reguły Weryfikacji. Informacje o udzielonych świadczeniach sprawozdawane są do ŚOW NFZ poprzez Portal SZOI w plikach raportów statystycznych SWX zapisanych w otwartym formacie XML. Poprawność przesłanego komunikatu XML weryfikowana jest w procesie walidacji wykonywanej w pełni automatycznie przez system. Negatywny wynik walidacji skutkuje niezaimportowaniem błędnej pozycji do systemu. Wszystkie poprawnie zaimportowane komunikaty SWX podlegają sprawdzeniu przez Centralne Reguły Weryfikacji. (dowód: akta kontroli str. 1358-1364)

Ustalone
nieprawidłowości

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

²⁶ Do tej grupy świadczeń należą świadczenia, o których mowa w § 16 zarządzenia Nr 72/2011/DSOZ Prezesa NFZ z 20 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne, w załączniku nr 5b do zarządzenia Nr 71/2012/DSOZ Prezesa NFZ z 7 listopada 2012 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz w § 4 ust. 5 załącznika nr 2 do zarządzenia Nr 98/2012/DSOZ Prezesa NFZ z 21 grudnia 2012 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne.

²⁷ Umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju AOS, STM, SZP, OPH, PSY, PRO, REH, SPO i SOK.

2. Opracowywanie i realizacja planu finansowego Oddziału

2.1. Proces opracowywania planu finansowego Oddziału

Opis stanu
faktycznego

Projekt planu finansowego ŚOW NFZ na 2013 r. został opracowany zgodnie z założeniami przesłanymi przez Centralę NFZ i pozytywnie zaopiniowany przez Radę Świętokrzyskiego Wojewódzkiego Oddziału NFZ w Kielcach (dalej: Rada ŚOW NFZ). Zatwierdzony w dniu 20 sierpnia 2012 r. przez Prezesa NFZ plan finansowy Oddziału na 2013 r. różnił się od projektu planu opiniowanego przez Radę ŚOW NFZ w dniu 9 lipca 2012 r. (kwota kosztów świadczeń opieki zdrowotnej została pomniejszona o kwotę 10.110 tys. zł²⁸), natomiast nie różnił się od skorygowanego projektu planu z 9 sierpnia 2012 r. Planowane koszty realizacji zadań Oddziału ogółem wyniosły 2.187.694 tys. zł, w tym: koszty świadczeń opieki zdrowotnej – 2.131.241 tys. zł i koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego – 56.453 tys. zł. Koszty świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych ich rodzajach zaplanowano w następujących kwotach: 254.680 tys. zł w POZ, 140.872 tys. zł w AOS, 847.163 tys. zł w SZP, 60.367 tys. zł w PSY, 63.459 tys. zł w REH, 38.778 tys. zł w SPO, 10.849 tys. zł w OPH, 59.740 tys. zł w STM, 25.000 tys. zł w UZD, 1.400 tys. zł w PDT, 5.104 tys. zł w PRO, 42.483 tys. zł w SOK, 30.039 tys. zł w ZPO. Koszty świadczeń opieki zdrowotnej z lat ubiegłych zaplanowano w wysokości 78.716 tys. zł. W efekcie zmian wprowadzonych do planu finansowego, planowane koszty świadczeń opieki zdrowotnej zwiększyły się o kwotę 19.693 tys. zł i na dzień 31 grudnia 2013 r. wynosiły 2.150.934 tys. zł. (dowód: akta kontroli str. 634-740, 747-749, 814-816)

Na etapie tworzenia planu finansowego na 2013 r., ŚOW NFZ nie otrzymał od konsultantów wojewódzkich oraz Rady ŚOW NFZ wniosków, ocen i uwag, które mogłyby zostać wykorzystane przy jego opracowywaniu. Z dziewięciu wniosków otrzymanych od jednostek samorządu terytorialnego o zwiększenie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w 2013 r., Oddział uwzględnił cztery. Pozostałe wnioski zostały odrzucone ze względu na m.in.: brak świadczeniodawców zainteresowanych udzielaniem danych świadczeń na danym obszarze oraz zabezpieczenie dostępności do świadczeń na danym obszarze na poziomie wyższym niż wskaźnik ogólnopolski. (dowód: akta kontroli str. 165-186, 211-231, 1217-1226)

Ustalono
nieprawidłowości

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

2.2. Wykonanie planu finansowego Oddziału w 2013 r.

Opis stanu
faktycznego

Plan finansowy Oddziału na 2013 r. był 18-krotnie zmieniany, z tego pięć razy jeszcze w ciągu 2012 r. Pięć zmian polegało na zwiększeniu środków finansowych, natomiast pozostałe związane były z przesunięciem środków finansowych²⁹ (11 w zakresie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej i dwa w zakresie kosztów administracyjnych). (dowód: akta kontroli str. 739-823)

Prezes NFZ dokonał zwiększenia środków w planie finansowym na 2013 r. o kwotę:

- 7 tys. zł na wniosek Oddziału w celu pokrycia kosztów leczenia uzdrowiskowego osób pracujących przy azbieście;
- 19.686 tys. zł na realizację świadczeń zdrowotnych w rodzaju SZP przede wszystkim na zabezpieczenie świadczeń opieki zdrowotnej nielimitowanych, ratujących życie, które zostały wykonane i niesfinansowane w 2013 r. oraz latach poprzednich. Na świadczenia nielimitowane oraz ratujące życie wykonane zarówno ponad limity określone

²⁸ Zgodnie z pismem z Centrali NFZ z 8 sierpnia 2012 r. w związku ze zmniejszeniem poziomu przychodów ze składek na ubezpieczenie zdrowotne dla ŚOW NFZ w Kielcach, wartości środków na koszty świadczeń opieki zdrowotnej dla Oddziału wynosiły 2.131.241 tys. zł a nie jak pierwotnie prognozowano 2.141.351 tys. zł.

²⁹ W tym uruchomienie rezerwy (w trybie art. 124 ust. 7 ustawy o świadczeniach) na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych.

w umowach, a także na świadczenia udzielone w trybie art. 19 ustawy o świadczeniach, Oddział zaplanował przeznaczyć 54,3% łącznej wartości przydzielonych środków. 30,5% wartości otrzymanych środków zabezpieczono na prognozowane zwiększenia upoważnień w leczeniu szpitalnym z tytułu migracji. Pozostałą kwotę przeznaczono na świadczenia zabiegowe w okulistyce i ortopedii w celu poprawy dostępności oraz skrócenia czasu oczekiwania;

- 19 tys. zł na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego³⁰;
- 199 tys. zł na koszty administracyjne. (dowód: akta kontroli str. 502, 505-506, 739-740, 758-759, 777-778, 785-789, 806-807)

Przesunąć w planie finansowym Oddziału na 2013 r. Dyrektor Oddziału dokonała na podstawie analiz przeprowadzonych przez komórki organizacyjne ŚOW NFZ. Dział Planowania Analiz Ekonomicznych i Sprawozdawczości Wydziału Ekonomiczno-Finansowego prowadził bieżącą analizę wykonania planu finansowego, analizę posiadanych środków finansowych, otrzymanych i udzielonych upoważnień z tytułu kosztów migracji oraz wartości zawartych kontraktów na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej i Wydział Gospodarki Lekami prowadziły analizy odnośnie zabezpieczenia świadczeń w danym rodzaju i w danym obszarze, a Dział Rozliczania Umów – analizy dotyczące bieżących i prognozowanych zmian upoważnień do zaciągania zobowiązań w zakresie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych innym oddziałom z tytułu rozliczeń kosztów migracji. (dowód: akta kontroli str. 741-746, 750-758, 760-776, 779-784, 790-805, 808-813)

Wysokość zrealizowanych w 2013 r. przez Oddział przychodów ogółem wyniosła 2.252.990,4 tys. zł. W porównaniu do 2012 r. były one wyższe o 3,2%. Przychody z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne z ZUS i KRUS wyniosły łącznie 2.192.164 tys. zł, dotacja z budżetu państwa na realizację zespołów ratownictwa medycznego – 56.472 tys. zł. (dowód: akta kontroli str. 875, 880-889, 1001-1008)

Sposób przekazywania środków finansowych w 2013 r. przez Centralę NFZ do Oddziału określało zarządzenie nr 22/2005 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie przyjęcia do stosowania w Narodowym Funduszu Zdrowia „Procedury przekazywania Oddziałom Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia środków finansowych w celu bieżącego regulowania zobowiązań” zmienione zarządzeniem nr 23/2011/DEF Prezesa NFZ z 1 czerwca 2011 r.³¹ Kwota przekazanych przez Centralę NFZ w 2013 r. środków finansowych odpowiadała kwocie o jaką wnioskował Oddział, tj. kwocie 2.088.455,4 tys. zł. (dowód: akta kontroli str. 824-875, 1322)

Stan środków finansowych Oddziału na koniec 2012 r. i 2013 r. wynosił odpowiednio: 832,9 tys. zł i 11.308,8 tys. zł. Wysokość należności ogółem na koniec 2013 r. wyniosła 11.722,8 tys. zł (w tym od świadczeniodawców – 11.466,4 tys. zł) i była wyższa od stanu na koniec 2012 r. o 10.303,9 tys. zł. Należności krótkoterminowe wyniosły 11.450,3 tys. zł, tj. o 10.300,4 tys. zł więcej niż w 2012 r. Należności długoterminowe na dzień 31 grudnia 2013 r. nie wystąpiły. (dowód: akta kontroli str. 927-932, 957-960, 978-979, 981-982)

W 2013 r. wpływy do Oddziału z tytułu zakwestionowanych świadczeń zdrowotnych wyniosły 1.302,5 tys. zł i stanowiły 82,6% kwoty zakwestionowanych świadczeń, zaś z tytułu nałożonych kar umownych – 395,0 tys. zł, co stanowiło 85,6% kwoty nałożonych kar umownych. W 2013 r. nie wystąpiły przypadki odraczania płatności należności oraz umorzenia nałożonych kar, natomiast w dwóch przypadkach Oddział przychylił się do prośby świadczeniodawców o spłatę zobowiązania w ratach. (dowód: akta kontroli str. 1009-1069)

³⁰ Środki pochodzące z dotacji celowej z budżetu państwa na sfinansowanie lub dofinansowanie ustawowo określonych zadań bieżących realizowanych przez pozostałe jednostki sektora finansów publicznych, zgodnie z art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013 r. ,poz. 757 ze zm.).

³¹ Procedura nie ma zastosowania do środków pochodzących z Centralnego Funduszu Inwestycyjnego, funduszu zapasowego oraz dotacji z budżetu państwa.

W 2013 r. koszty Oddziału ogółem wyniosły 2.171.396,32 tys. zł i stanowiły 96,3% kosztów planowanych. Koszty ogółem były o 3,7% wyższe niż w 2012 r. Wykonanie kosztów ŚOW NFZ przedstawia poniższe zestawienie:

Wyszczególnienie	Wykonanie 2012 r. (w tys. zł)	Plan na 2013 r. (w tys. zł)	Wykonanie 2013 r. (w tys. zł)	% realizacji planu	Dynamika 2012/2013 r.
1	2	3	4	5=4/3	6=4/2
Koszty świadczeń zdrowotnych	2 004 722,4	2 150 934	2 087 288,4	97%	104,1%
Koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego	56 081,6	56 472	56 472	100%	100,7%
Koszty administracyjne	16 978,1	18 837	16 905	89,7%	99,6%
Pozostałe koszty	16 590,7	25 678	10 630,3	41,4%	64,1%
Koszty finansowe	407,1	3 885	100,7	2,6%	24,7%
Razem	2 094 779,9	2 255 806	2 171 396,3	96,3%	103,7%

(dowód: akta kontroli str. 739-740, 877, 880-926, 1158-1165)

Niskie wykonanie planu w pozycjach „pozostałe koszty” i „koszty finansowe” – jak wynika z wyjaśnień Dyrektora Oddziału – związane było z niepełnym wykorzystaniem środków przeznaczonych na sfinansowanie ewentualnych kosztów wynikających z niekorzystnych wyroków zapadających w wyniku prowadzonych postępowań sądowych oraz odsetek zasądzonych przez sądy. Środki w pozycji „koszty finansowe” nie zostały wykorzystane również z powodu zawartych ze świadczeniodawcami ugód za niezapłacone świadczenia z lat ubiegłych wykonane ponad limit zawarty w umowie (zgodnie z ustaleniami w ramach zawieranych ugód, Oddział nie był zobowiązany do zapłaty odsetek). (dowód: akta kontroli str.1302-1303, 1306-1307)

Poniesione przez Oddział w 2013 r. koszty świadczeń zdrowotnych nie przekroczyły planu finansowego po zmianach. W poszczególnych rodzajach świadczeń koszty te wynosiły: od 1.420,7 tys. zł w PDT do 1.075.318,5 tys. zł w SZP. Wykonanie planu w poszczególnych rodzajach było na poziomie 91,1% w PRO do 99,2% w POZ. Największy procentowy wzrost kosztów w porównaniu do 2012 r., tj. o 24,7%, wystąpił w PRO. Spadek kosztów w stosunku do 2012 r. zanotowano w POZ i REH o 0,8%. Budżet na refundację leków w 2013 r. wyniósł 234.270,3 tys. zł i stanowił 86,8% wartości planu. Koszty świadczeń opieki zdrowotnej z lat ubiegłych wyniosły 12.326,3 tys. zł, co stanowiło 81,3% planu i 44,8% wykonania z 2012 r. Koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego wyniosły 56.472,0 tys. zł, co stanowiło 100% planu i 100,7% wykonania 2012 r. (dowód: akta kontroli str. 878, 880-926, 933-956, 963-1008)

Świadczenia wykonane ponad limit ustalony w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w 2013 r. nie zostały sfinansowane przez ŚOW NFZ. (dowód: akta kontroli str. 1212)

Łączna wartość kontraktów zawartych przez Oddział na 2013 r. wyniosła 1.536.111,8 tys. zł i była o 104.211,2 tys. zł wyższa od wartości kontraktów zawartych na 2012 r. We wszystkich rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej (za wyjątkiem UZD) w 2013 r. wystąpiły zarówno niewykonania, jak i nadwykonania. Wartość niewykonanych świadczeń w ramach zawartych na 2013 r. kontraktów wyniosła 9.754,6 tys. zł. W porównaniu do 2012 r. była to kwota o 2.770,5 tys. zł wyższa. Wśród przyczyn tego stanu – jak wynika z wyjaśnień Dyrektora Oddziału – znalazły się: przerwy w wykonywaniu świadczeń, czasowe niedobory personelu wynikające z różnych przyczyn (np. problemy zdrowotne, urlopy macierzyńskie, remonty), brak zapotrzebowania na świadczenia w ilości odpowiadającej ujętej w zawartej umowie. Zaistniałe w 2013 r. niewykonania nie spowodowały znaczących zakłóceń w dostępności do świadczeń, wymagających podejmowania przez Oddział dodatkowych działań. (dowód: akta kontroli str. 879, 1209-1211, 1213-1216, 1302-1303, 1306-137)

Wartość świadczeń udzielonych przez Oddział w 2013 r. na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego według formularzy E126³²

³² Formularz wystawiony przez ŚOW NFZ w celu ustalenia należnej kwoty zwrotu na rzecz ubezpieczonych w NFZ, dotyczy zwrotu kosztów leczenia poniesionych przez ubezpieczonego podczas pobytu na terenie innego państwa UE/EFTA.

(tj. dotyczących zwrotu poniesionych kosztów leczenia w innych państwach członkowskich UE/EFTA) na dzień 31 grudnia 2013 r. wyniosła 70,0 tys. zł. Koszty świadczeń zdrowotnych udzielonych uprawnionym obywatelom UE/EFTA na terenie Polski³³ wyniosły 2.532,8 tys. zł i stanowiły 116,8% wartości świadczeń udzielonych w 2012 r. (2.167,8 tys. zł).

Dane z formularzy rozliczeniowych E125 za ubezpieczonych (z terenu województwa świętokrzyskiego) wystawionych przez instytucje państw UE/EFTA na podstawie przepisów o koordynacji były weryfikowane przez Oddział pod względem formalnym i merytorycznym w oparciu o wytyczne Centrali NFZ z dnia 1 sierpnia 2012 r.³⁴ W 2013 r. Oddział otrzymał z Centrali NFZ 67 not z innych państw UE/EFTA zawierających 2.861 formularzy rozliczeniowych E125. 73 formularze zostały zakwestionowane i odesłane do Centrali NFZ celem ich poprawienia, uzupełnienia przez państwa je wystawiające lub odstąpienia od roszczenia. W 2013 r. do Oddziału wpłynęły 182 wnioski o zwrot poniesionych kosztów leczenia w innym państwie członkowskim UE/EFTA. Rozliczenia tych kosztów dokonano na formularzach E126PL. W 2013 r. Oddział wystawił łącznie 13 not księgowych, które przekazał do Centrali NFZ. Przedłożone przez ubezpieczonych rachunki i dowody wpłaty, będące podstawą do wystawienia ww. not, zostały sprawdzone pod względem formalnym w oparciu o wytyczne z Centrali NFZ z października 2012 r.³⁵ Ponadto Oddział weryfikował, czy osoba wnioskująca była ubezpieczona. (dowód: akta kontroli str. 1090-1124)

W 2013 r. Oddział nie ustalał zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane nieubezpieczonym świadczeniobiorcom spełniającym kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej³⁶. Świadczenia, udzielone na podstawie powyższego artykułu, były rozliczane w ramach zawartych ze świadczeniodawcą umów i mieściły się w łącznej kwocie zobowiązania Oddziału wobec świadczeniodawców, tj. w łącznej wartości świadczeń opieki zdrowotnej ujętych w planie finansowym na 2013 r. Wartość sfinansowanych w 2013 r. świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych 1.083 nieubezpieczonym spełniającym kryterium dochodowe wyniosła 3.272,9 tys. zł. Przekazane w formie dotacji środki z budżetu państwa odpowiadały wartości świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych ww. świadczeniobiorcom. (dowód: akta kontroli str. 170, 1070-1089)

Wśród kosztów administracyjnych dominowały koszty wynagrodzeń osobowych wraz z pochodnymi³⁷. Stanowiły one kwotę 12.026,6 tys. zł, tj. 71,1% ogółu kosztów administracyjnych. Wydatki na wynagrodzenia były wyższe niż w 2012 r. o 1,7%. Przeciętne zatrudnienie w 2013 r. wyniosło 189,6 etatu i było wyższe o 6,1 etatu niż w 2012 r.³⁸ Przeciętne miesięczne wynagrodzenie wynosiło 4.464,32 zł i było niższe o 2,6% niż w 2012 r. (dowód: akta kontroli str. 739-740, 934-956, 1166)

Wydatki Oddziału na usługi obce wyniosły 1.507,7 tys. zł, w tym: usługi remontowe – 327,5 tys. zł, usługi pocztowe – 356,7 tys. zł, opłaty czynszowe i dzierżawa – 402,8 tys. zł oraz usługi pozostałe – 182,8 tys. zł. Wydatki te stanowiły 78,3% planu i były o 16,6%

³³ Zgodnie z danymi ze sprawozdań ŚOW NFZ dotyczącego liczby osób uprawnionych, którym udzielono świadczeń zdrowotnych na terenie Polski oraz wartość świadczeń zdrowotnych im udzielonych (...) za okres styczeń-grudzień 2012 i 2013 r., dotyczy świadczeń zdrowotnych rozliczanych po koszcie rzeczywistym, zgodnie z formularzami E 125.

³⁴ Zasady postępowania odnośnie zwrotu przez NFZ kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych polskim świadczeniobiorcom na terenie innych państw członkowskich UE/EFTA w oparciu o formularze E125 zgodnie z przepisami Rozporządzenia Rady (EWG) Nr 1408/71 i Nr 574/72 oraz wybranych kwestii proceduralnych dotyczących roszczeń zgodnie z przepisami Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) Nr 883/2004 oraz Nr 987/2009 nieuregulowanych wytycznymi odnośnie procesu zwracania przez NFZ kosztów rzeczowych świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych polskiem ubezpieczonym w oparciu o nowe przepisy o koordynacji zgodnie z przepisami Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) Nr 883/2004 i Nr 987/2009.

³⁵ Refundacja kosztów leczenia poniesionych przez polskich ubezpieczonych w innych państwach UE i EFTA wraz z generowaniem dokumentów księgowych oraz ustalenie należnej kwoty zwrotu kosztów leczenia poniesionych w czasie pobytu w Polsce przez uprawnionych.

³⁶ Dz. U. z 2013 r. poz. 182 ze zm.

³⁷ Suma pozycji D4 i D5.1 i D5.2 planu finansowego Oddziału na 2013 r.

³⁸ W tym osoby zatrudnione na zastępstwo za nieobecnych pracowników tj., przeciętnie 6 etatów w roku 2012 i 10 etatów w 2013 r.

wyższe niż w 2012 r. W 2013 r. Oddział wynajmował dodatkową powierzchnię biurową ze względu na niewystarczającą powierzchnię biurową w siedzibie. (dowód: akta kontroli str.165-186, 954-956)

Wydatki inwestycyjne Oddziału na 2013 r.³⁹ zaplanowano w kwocie 1.688,7 tys. zł, zrealizowano w kwocie 1.657,4 tys. zł (tj. w 98,2%), w tym: 84,3 tys. zł poniesiono na zakup urządzeń technicznych, ruchomości i wyposażenia oraz 1.573,1 tys. na zakup sprzętu komputerowego. (dowód: akta kontroli str. 1167-1173)

Zobowiązania Oddziału na koniec 2013 r. wyniosły 223.013,9 tys. zł (w 2012 r. 174.254,9 tys. zł), z tego: zobowiązania wobec świadczeniodawców – 208.594,6 tys. zł i 12.754,8 tys. zł wobec aptek⁴⁰. Na koniec 2013 r. Oddział nie posiadał zobowiązań wymagalnych. (dowód: akta kontroli str. 927-956, 981-982)

W 2013 r. prowadzonych było 36 spraw sądowych przeciwko ŚOW NFZ na łączną kwotę roszczeń 69.611,6 tys. zł, z tego: 27 związanych ze świadczeniami zdrowotnymi udzielonymi ponad limity na kwotę 57.400,6 tys. zł, jedno o zapłatę wynikającą z wykonania umowy na kwotę 768,7 tys. zł oraz osiem innych postępowań na kwotę 11.442,3 tys. zł. Do końca 2013 r. zakończonych zostało 29 postępowań, w wyniku których zasądzona została kwota 40.777,1 tys. zł. (dowód: akta kontroli str. 1125-1157)

W 2013 roku Oddział w wyniku przeprowadzonych kontroli realizacji umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej i refundacji cen leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych zakwestionował kwotę 1.576,6 tys. zł, z tego wyegzekwował 1.302,5 tys. zł. W efekcie prowadzonych kontroli nałożył kary umowne w kwocie 461,5 tys. zł. Wpływy z tego tytułu wyniosły 395 tys. zł, w tym kwota 107,3 tys. zł dotyczyła lat ubiegłych⁴¹. (dowód: akta kontroli str. 1009-1069, 1357)

W 2013 r. ŚOW NFZ przeprowadził u świadczeniodawców trzy kontrole w zakresie spełnienia wymogów określonych w art. 19 ust. 1 ustawy o świadczeniach (tj. kontroli świadczeń ratujących życie zrealizowanych w 2012 r. i 2013 r.). Spośród 338 kontrolowanych świadczeń zakwestionowano 41 niespełniających wymogów zawartych w powyższym przepisie. (dowód: akta kontroli str. 1322, 1325, 1337, 1341, 1353)

W 2014 r. biegli rewidenci przeprowadzili badanie sprawozdania finansowego ŚOW NFZ za 2013 r., do którego nie wnieśli uwag. (dowód: akta kontroli str.1174-1208)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zwraca uwagę na niezachowanie należytej staranności przy sporządzeniu sprawozdania finansowego za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2013 r. (sprawozdania FM-01) w zakresie noty t 2.5 – tabela 1.5 *Sprawozdanie o stanie zobowiązań Narodowego Funduszu Zdrowia na koniec 12/13*. Podana w tej tabeli kwota zobowiązania wobec świadczeniodawców została zaniżona o kwotę 208,6 tys. zł, natomiast kwota zobowiązania wobec aptek zawyżona o tę kwotę. Powyższe nie miało wpływu na ogólną wartość zobowiązań. W trakcie kontroli, tj. w dniu 13 czerwca 2014 r., Oddział przesłał do Centrali NFZ korektę ww. noty. (dowód: akta kontroli str. 927-932)

Ocena częściowa

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

³⁹ Według rzeczowego planu finansowego Oddziału, zmienionego uchwałą nr 33/2013/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 21 listopada 2013 r. zmieniająca uchwałę w sprawie przyjęcia rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych Narodowego Funduszu Zdrowia na 2013 r.

⁴⁰ Dane ze sprawozdania FM-01.

⁴¹ Dane ze sprawozdania nr 5 z przeprowadzonych kontroli realizacji umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej i refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz windykacji należności za IV kwartał 2013 r.

3. Realizacja wniosków pokontrolnych NIK

Opis stanu
faktycznego

W 2012 i 2013 r. Najwyższa Izba Kontroli nie przeprowadzała kontroli w zakresie realizacji zadań ŚOW NFZ w ramach planu finansowego. (dowód: akta kontroli str. 1365-1369, 1610)

Ocena częściowa

Z uwagi na brak kontroli w zakresie zadań ŚOW NFZ w ramach planu finansowego w powyższym okresie, Najwyższa Izba Kontroli nie dokonuje oceny działalności w badanym obszarze.

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 Kontroli⁴², wnosi o:

1. Zamieszczanie w dokumentacji postępowań, zgodnie z punktem 3.2.1.2 *Procedury*, propozycji komisji konkursowych dotyczących liczby i ceny świadczeń oraz pisemnych uzasadnień wszystkich propozycji komisji konkursowej odbiegających od propozycji ofertowych.
2. Sporządzanie i archiwizowanie *Rankingów otwarcia z propozycjami Funduszu*.
3. Podpisywanie umów ze świadczeniodawcami spełniającymi wszystkie warunki określone przez Prezesa NFZ na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy o świadczeniach.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Kielcach.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania
wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Kielce, dnia lipca 2014 r.

Kontrolerzy
Agnieszka Olejarz
specjalista kontroli państwowej

Wicedyrektor
Delegatury Najwyższej Izby Kontroli
w Kielcach

Tadeusz Mikołajewicz

.....
podpis

.....
podpis

⁴² Dz. U. z 2012 r., poz. 82 ze zm.

Joanna Witkowska
starszy inspektor kontroli państwowej

.....

podpis