



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Łodzi

LLO – 4101-014-01/2014

P/14/063

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/14/063 - Funkcjonowanie podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych.
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Łodzi.
Kontroler	Barbara Głowińska, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 90051 z dnia 28 sierpnia 2014 r. [Dowód: akta kontroli str. 1-2]
Jednostka kontrolowana	Łódzki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Łodzi, ul. Kopcińskiego 58 (kod pocztowy 90-032 Łódź), zwany dalej „ŁOW NFZ” lub „Oddziałem”. REGON numer 015817985
Kierownik jednostki kontrolowanej	Dyrektorem Oddziału od 27 grudnia 2012 r. jest Pani Jolanta Kręcka. [Dowód: akta kontroli str. 3]

II. Ocena kontrolowanej działalności¹

Ocena ogólna

W procesie tworzenia obszarów kontraktowania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) na lata 2012-2014, Łódzki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia uwzględniał w szczególności ich jakość i osiągalność. Terytorialne rozmieszczenie jednostek POZ na obszarze województwa łódzkiego zapewniało równy dostęp do świadczeń lekarza POZ (poradnie POZ występują w każdej z gmin województwa łódzkiego). Przy planowaniu świadczeń AOS przeprowadzono analizy wykonania kontraktów w latach poprzednich, uwzględniając wartość niewykonanych bądź nadwykonanych oraz liczbę osób oczekujących na świadczenia. ŁOW NFZ brał także pod uwagę zgłaszane w trakcie roku nowe miejsca wykonywania świadczeń.

Najwyższa Izba Kontroli nie wnosi uwag do trybu, sposobu i zasad przeprowadzenia poddanych kontroli postępowań konkursowych w sprawie zawarcia umów na świadczenie usług zdrowotnych w zakresie diabetologii i kardiologii.

ŁOW NFZ sprawował nadzór i kontrolę nad realizacją umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych w kontrolowanym zakresie. Plany kontroli świadczeniodawców na lata 2012 – 2014 opracowano zgodnie z wytycznymi zawartymi w zarządzeniu nr 23/2009/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 13 maja 2009 r. W wyniku kontroli świadczeniodawców ŁOW NFZ w latach 2012 – 2014 (do 30 czerwca) zakwestionował świadczenia i nałożył kary pieniężne w łącznej kwocie 1,3 mln zł, z czego w badanym okresie wyegzekwowano ponad 77% tej kwoty. Stwierdzone przez ŁOW NFZ nieprawidłowości dotyczyły nieterminowego zgłaszania przez świadczeniodawców zmian w obsadzie i harmonogramach pracy personelu, nieprzestrzegania umowy w zakresie personelu wykazanego w umowie a faktycznie świadczącego usługi medyczne oraz w zakresie realizacji harmonogramu świadczeń, nieudzielania świadczeń w czasie i miejscu wskazanym w umowie, czy braku informacji koniecznych dla pacjentów wskazanych w § 11 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń

¹ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie.

opieki zdrowotnej², Kontrole ŁOW NFZ wykazały także nierzetelne prowadzenie i gromadzenie dokumentacji medycznej.

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia działania ŁOW NFZ w zakresie analizowania stopnia wykonania umów, w związku ze zjawiskami niewykonania lub w przypadku nadwykonań zakontraktowanych świadczeń. Przeprowadzano comiesięcznie analizy, z dokładnością do typu umowy, miejsca wykonywania świadczeń oraz liczby pacjentów. W celu oceny nadwykonań i niewykonań monitorowano m.in. liczbę i wartość faktycznego wykonania świadczeń, wykonanych produktów jednostkowych i procedur zabiegowych, powtarzalności porad, „ceny” punktowej porady, a także danych dotyczących liczby osób oczekujących i czasu oczekiwania oraz typu wykonanych porad.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Zapotrzebowanie na świadczenia POZ i AOS

Opis stanu
faktycznego

1.1. ŁOW NFZ planując zapotrzebowanie na środki finansowe na świadczenia w zakresie POZ uwzględniał w szczególności:

- obowiązujące przepisy prawa oraz przepisy regulujące kontraktowanie świadczeń w danym rodzaju, tj. ogólne warunki umów (OWU), zarządzenia Prezesa NFZ, zarządzenia Dyrektora OW NFZ, jak również projektowane przez Centralę NFZ zmiany warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej tzw. założenia do corocznej prognozy kosztów OW oraz projektu planu finansowego,
- informacje statystyczne krajowe i wojewódzkie, np. zmiany w populacji,
- analizy wykonywane we właściwych Wydziałach OW, Centrali NFZ,
- doświadczenia z poprzednio opracowywanych planów oraz wykonanie świadczeń w danym zakresie za lata ubiegłe.

Zapotrzebowanie ŁOW NFZ opracowywał w wariantach realistycznym, to jest z uwzględnieniem zarówno potrzeb jak i możliwości ich zaspokojenia.

ŁOW NFZ planując środki finansowe w POZ na 2012 r. działał w oparciu o:

- założenia do corocznej prognozy kosztów oddziałów wojewódzkich NFZ na lata 2012-2014 oraz założenia do planu finansowego na rok 2012 – nie przewidywano wprowadzenia zmian w systemie kontraktowania i finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju POZ, mogących mieć wpływ na poziom prognozowanych kosztów. Na etapie tworzenia planu brak było możliwości zabezpieczenia środków na zmiany wprowadzone zarządzeniami Prezesa NFZ³,
- zarządzenie nr 74/2010/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 1 grudnia 2010 r w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju POZ.

Na etapie wprowadzenia warunków zawierania i realizacji umów w zakresie POZ – w oparciu o:

- zarządzenie Nr 42/2011/DSOZ Prezesa NFZ - od 1 września br. zwiększono współczynniki korygujące grupy wiekowe obejmujące dzieci w wieku 0-6 lat z 1,6 do 2,0 w zakresie świadczeń lekarza POZ i z 1,3 do 2,0 w zakresie świadczeń pielęgniarki POZ oraz osoby dorosłe powyżej 65 roku życia z 1,8 do 2,0,
- zarządzenie nr 85/2011/DSOZ Prezesa NFZ – wprowadzono w miesiącach wzmożonej zachorowalności na ostre choroby układu oddechowego dodatkowy współczynnik korygujący stawkę kapitałową - 0,1 dla rozpoznań wg klasyfikacji ICD-

² Dz. U. Nr 81, poz. 1816.

³ Nr 42/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 5 września 2011r zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna – „zarządzenie nr 42/2011/DSOZ” i zarządzenie nr 85/2011/DSOZ/ z dnia 17 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna – „zarządzenie nr 85/2011/DSOZ”.

10 jako choroby z grupy J00-J22.

W 2013 r. na etapie tworzenia planu finansowego uwzględniono:

- założenia do corocznej prognozy kosztów oddziałów wojewódzkich NFZ na lata 2013-2015 oraz założenia do planu finansowego na rok 2013 - nie przewidywano zmian warunków zawierania finansowania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w tym rodzaju świadczeń, zabezpieczono środki na poziomie roku 2012,
- zarządzenie nr 85/2011/DSOZ Prezesa NFZ.

Na etapie wprowadzenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju POZ:

- zarządzenie nr 86/2012/DSOZ Prezesa NFZ⁴ – właściwie utrzymano zasady finansowania obowiązujące w 2012 r - poza zmianą udziału procentowego porad z rozpoznaniem grupy J00-J22 w ogólnej liczbie porad udzielonych z przyczyn innych niż cukrzyca i choroby układu krążenia.

W 2014 r. na etapie tworzenia planu finansowego uwzględniono:

- założenia do corocznej prognozy kosztów oddziałów wojewódzkich NFZ na lata 2014-2016 oraz założenia do planu finansowego na rok 2014 - planowano do wprowadzenia zmiany w zakresie cen jednostkowych poszczególnych zakresów świadczeń w POZ jednakże bez wzrostu kosztów finansowania świadczeń POZ zakładając, że ich skutek finansowy zostanie skompensowany kwotą przewidywanego od 1 stycznia 2014 r. zmniejszenia kosztów kapitałowego finansowania świadczeń POZ w porównaniu z kosztami poniesionymi w roku 2013, jako efektu prowadzenia masowej weryfikacji list POZ pod względem uprawnień do świadczeń osób znajdujących się na tych listach (wykorzystanie systemu EWUŚ),
- zarządzenie nr 86/2012/DSOZ Prezesa NFZ.

Na etapie wprowadzenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju POZ uwzględniono:

- zarządzenie nr 69/2013/DSOZ Prezesa NFZ⁵ – wprowadzono umożliwienie pobrania przez położną POZ materiału cytologicznego w ramach realizacji programu profilaktyki raka szyjki macicy oraz zwiększono poziom finansowania czynności pielęgniarstwa szkolnej z 42 zł na 48 zł.

Ponadto w prowadzonych analizach kosztów POZ - ŁOW NFZ uwzględniał obowiązujące przepisy i ich zmiany w zakresie kontraktowania i finansowania nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

1.2. Plany finansowe na świadczenia w rodzaju AOS na lata 2012-2014 zostały przygotowane na podstawie danych dostępnych w systemie wspomagania informatycznego ŁOW NFZ dotyczących kontraktów i wykonania w latach poprzedzających tworzenie planu.

Na etapie tworzenia planu uwzględniono:

- planowane zmiany obowiązujących przepisów prawnych dotyczących udzielania świadczeń, w tym warunków udzielania świadczeń w zarządzeniach Prezesa NFZ,
- wyrównanie dysproporcji między województwami w Polsce poprzez wyrównanie dostępności do świadczeń na terenie ŁOW NFZ do poziomu porównywalnego do średniej wartości i ilości świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych w Polsce wykorzystując przekazane przez Centralę NFZ zestawienia kontraktów i planów zakupu wszystkich oddziałów wojewódzkich NFZ,
- utrzymanie potencjału wykonawczego, przede wszystkim liczby osób personelu wykonującego świadczenia na poziomie lat poprzednich w zawartych umowach poprzez wyrównanie poziomu liczby świadczeń do lat poprzednich,

⁴ Nr 86/2012/DSOZ Prezesa NFZ⁴ z dnia 5 grudnia 2012r zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna – „zarządzenie nr 86/2012/DSOZ”.

⁵ zarządzenie nr 69/2013/DSOZ Prezesa NFZ⁵ z dnia 27 listopada 2013 r w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna – „zarządzenie nr 69/2013/DSOZ”.

- zapotrzebowanie na świadczenia oceniane na podstawie wykonania kontraktów z lat poprzednich oraz liczby osób oczekujących (przeliczonych wg średniej wartości wykonanych kosztów 1 pacjenta) i czasu oczekiwania,
- zwiększenie dostępności terytorialnej uwzględniające zarówno likwidacje „białych plam” realizowane poprzez kontraktowanie nowych miejsc wykonywania świadczeń oraz nowych zakresów, jak i wyrównanie wartości finansowanych świadczeń w powiatach w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców do średniej wartości w województwie łódzkim,
- zmiany organizacyjne świadczeniodawców oraz możliwość zwiększenia dostępności poprzez zakontraktowanie nowych zakresów.

Rachunek symulacyjny kosztów świadczeń prowadzony był na poziomie terenów kontraktowania i zakresów świadczeń, z wykorzystaniem rzeczywistego wykonania w latach poprzednich oraz wartości przeliczonej według średnich kosztów wykonania świadczeń udzielonych jednemu pacjentowi. Dane epidemiologiczne i demograficzne w województwie łódzkim determinowały wybór priorytetów realizowanych w ŁOW NFZ w kolejnych latach 2012-2014.

[Dowód: akta kontroli str. 4-39]

1.3. Plany zakupu w ŁOW NFZ na świadczenia w rodzaju AOS na lata 2012-2014 zostały przygotowane na podstawie danych dotyczących:

- zakontraktowanych, wykonanych i sprawozdawanych świadczeń zdrowotnych w latach poprzedzających tworzenie planu, w tym wartości przeliczonych na 10 tys. mieszkańców w odniesieniu do województwa jak i poszczególnych powiatów, tzw. „mapy dostępności”,
- zestawień dotyczących pozycji planu ŁOW NFZ na tle średnich w Polsce i planów pozostałych oddziałów wojewódzkich,
- planowanych zmian w zarządzeniach Prezesa dotyczących warunków udzielania świadczeń,
- zawartego w umowach potencjału wykonawczego wyłonionego w postępowaniach konkursowych,
- wartości świadczeń wykonanych dla pacjentów Oddziału poza województwem łódzkim,
- „migracji wewnętrznych” – porównanie powiatu zamieszkania pacjenta z miejscem wykonania świadczenia,
- wartości świadczeń niezapłaconych w roku poprzednim i bieżącym (w okresie do momentu tworzenia planów) w zakresach, w których dostępność może być zagrożona ze względu na wielkość nadwykonań oraz wartość niewykonań w poszczególnych miejscach wykonywania świadczeń,
- liczby osób oczekujących przeliczonej na wartość, zgodnie ze średnią wartością porad wykonanych jednemu pacjentowi,
- priorytetów ogólnopolskich przekazanych przez Centralę NFZ,
- dostępności terytorialnej, tj. bliskości mieszkania zamieszkania świadczeniobiorców.

[Dowód: akta kontroli str. 40-69]

1.4. Działania w celu zapewnienia równego dostępu do świadczeń POZ i AOS finansowanych ze środków publicznych.

Postępowania poprzedzające zawieranie umów na świadczenia POZ ogłaszane były na obszar całego województwa łódzkiego bez wyznaczania mniejszych obszarów kontraktowania (np. powiat, czy gmina). Umowy zawierane były ze świadczeniodawcami spełniającymi warunki określone przez Prezesa NFZ w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁶ („ustawa o ś.o.z.”). Na terenie województwa łódzkiego świadczenia lekarza POZ (wg stanu na dzień 30 czerwca 2014 r.) zabezpieczało 445 podmiotów w 643 miejscach udzielania świadczeń. Terytorialne rozmieszczenie jednostek POZ na obszarze województwa łódzkiego zapewniało równy dostęp do świadczeń lekarza POZ. W strukturze administracyjnej

⁶ Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

województwa łódzkiego wyodrębnia się 3 miasta na prawach powiatu, 21 powiatów oraz 174 gminy. Poradnie POZ występują w każdej z gmin województwa łódzkiego⁷.

W przypadku AOS w latach 2012-2014 przy planowaniu świadczeń m.in. przeprowadzano analizy wykonania kontraktów w roku poprzedzającym, uwzględniając poprzednie wykonanie oraz wartość nadwykonań i niewykonań, liczbę osób oczekujących na świadczenia, zarówno w wartościach bezwzględnych jak i w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców. Dodatkowo analizowano nowe miejsca udzielania świadczeń, zgłaszane do ŁOW NFZ w ciągu roku. W planowaniu uwzględniano także likwidację tzw. „białych plam”. Dostępność oceniano przez przeliczenie wartości świadczeń na danym terenie na 10 tys. mieszkańców. W 2012 r. w planie zakupów uwzględniono nowe miejsca w zakresie poradni diabetologicznej i kardiologicznej w powiatach o najniższym wskaźniku w odniesieniu do liczby mieszkańców i zgłoszonych nowych miejsc udzielania świadczeń. W 2012 r. w województwie łódzkim w zakresie diabetologii wartość świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców wzrosła w stosunku do 2011 r. o ponad 27%, w zakresie kardiologii o 22%. W 2013 r., w związku ze zmniejszeniem planu o 0,7%, zmniejszono wartości umów tam, gdzie wykonanie było poniżej 50%. W 2014 r. priorytetem ogólnopolskim było wyrównanie świadczeń między województwami i np. w zakresie kardiologii zwiększono plan finansowy o 5% w stosunku do roku poprzedniego.

[Dowód: akta kontroli str. 212-242]

1.5. Stosownie do § 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r.⁸, Dyrektor ŁOW NFZ przysyłał ogłoszenia o konkursie ofert do właściwych miejscowo okręgowych izb zrzeszających osoby wykonujące zawody medyczne w celu zamieszczenia na tablicy ogłoszeń.

[Dowód: akta kontroli str. 70-71]

2. Postępowania konkursowe o udzielanie świadczeń w rodzaju AOS.

2.1. W badanym okresie ŁOW NFZ przeprowadził 838 postępowań konkursowych o zawarcie umów na świadczenia w zakresie AOS (w tym 34 w zakresie kardiologii i 30 w zakresie diabetologii), z czego:

- 51 postępowań unieważniono (w tym jedno postępowanie w zakresie diabetologii) podając m.in. następujące przyczyny: kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę jaką przeznaczył Fundusz na finansowanie świadczenia, nie wpłynęła żadna oferta, odrzucono wszystkie oferty, nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie ubezpieczonych, czego nie można było wcześniej przewidzieć,
- w trybie rokowań przeprowadzono 35 postępowań (nie dotyczyły świadczeń w zakresie kardiologii i diabetologii).

[Dowód: akta kontroli str. 72-75]

Stosownie do art. 139 ust. 1 ustawy o ś.o.z. zawieranie przez ŁOW NFZ umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczeń w zakresie kardiologii i diabetologii, odbywało się po przeprowadzeniu postępowania w trybie konkursu ofert.

W dniu 8 listopada 2011 r. ŁOW NFZ zamieścił ogłoszenia konkursów ofert (numery) na stronie internetowej, zgodnie z postanowieniami rozporządzenia o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o ś.o.z., w których Dyrektor Oddziału zwrócił się z zaproszeniem do

⁷ W 7 obszarach wiejskich świadczenia lekarza POZ zabezpieczone są w przyległych ośrodkach miejskich, w 1 gminie (przylegającej do dzielnicy Łódź – Widzew) świadczenia zabezpieczone są przez poradnie POZ działające na terenie tej dzielnicy.

⁸ Dz. U. Nr 273, poz. 2719 – w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez NFZ, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań.

zainteresowanych o składanie ofert i uczestniczenie w konkursach ofert poprzedzających zawarcie umów o udzielanie ś.o.z. tj. PKWiU 86 - usługi w zakresie opieki zdrowotnej, 85112200-9 Usługi leczenia ambulatoryjnego.

Ponadto przedmiotowe ogłoszenia zawierały m.in. informacje dotyczące:

- wartości zamówień na okres rozliczeniowy od 01.01.2012 r. do 31.12.2012 r. oraz okresu obowiązywania umowy od 01.01.2012 r. do 31.12.2014 r.,
- możliwości składania ofert jedynie przez podmioty będące świadczeniodawcami w rozumieniu obowiązujących przepisów i spełniające wymagania określone w zarządzeniach Prezesa NFZ w tym przedmiocie oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2011 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej⁹, a od 17 grudnia 2013 r. w rozporządzeniu w tej samej sprawie z 6 listopada 2013 r.¹⁰
- zasad składania ofert, tj. pod rygorem odrzucenia, tylko w formie pisemnej (z podpisanymi wszystkimi stronami dokumentów należących do oferty) oraz elektronicznej, w zamkniętych kopertach lub paczkach z pieczęcią oferenta, wyznaczenia miejsca otwarcia ofert w ŁOW NFZ i Delegaturach,
- ogłoszenia rozstrzygnięcia konkursu ofert na stronie internetowej ŁOW NFZ i tablicy informacyjnej w siedzibie /lokalu Oddziału i Delegaturach,
- możliwości wybrania kilku ofert w celu wykonania całości zadania,
- przysługujących świadczeniodawcom środków odwoławczych i skarg, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez ŁOW NFZ zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie ś.o.z.

Prawidłowość wyboru ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych zbadano na podstawie wybranej próby 4 postępowań konkursowych, w tym 2 w poradni kardiologicznej¹¹, na które wpłynęło 10 ofert i 2 w poradni diabetologicznej¹² – 10 ofert.

Każdorazowo komisja konkursowa sporządzała protokoły z postępowań konkursowych, które zawierały informacje wymagane w § 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia¹³. Na podstawie dokumentacji z postępowań konkursowych ustalono m.in., że:

- komisje konkursowe odrzuciły łącznie 5 ofert w tym: dwie z uwagi na niespełnienie wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy o ś.o.z.; jedną ze względu na nieprzedstawienie przez oferenta wszystkich wymaganych dokumentów i nieuzupełnienia ich w terminie; dwie z uwagi na zawarcie w ofercie nieprawdziwych informacji,
- do etapu negocjacji zakwalifikowano 15 ofert, spośród których komisje konkursowe wybrały 10 najkorzystniejszych ofert z punktu widzenia interesu NFZ, tj. z maksymalną oceną punktową,
- z wybranymi oferentami zawarto umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju AOS, w tym 6 dotyczących kardiologii i 4 diabetologii,
- komisja przeprowadziła kontrole 3 świadczeniodawców, którzy nie mieli zawartej umowy z NFZ w zakresie diabetologii w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie oraz 1 świadczeniodawcy w celu porównania danych zawartych w ofercie ze stanem faktycznym.

⁹ Dz. U. Nr 111, poz. 653 ze zm.

¹⁰ Dz. U. z 2013 r. poz. 1413,

¹¹ postępowania: kod 05-12-001015/AOS/02/1/02.1100.02/1 dla obszaru Łódź Górna i kod 05-12-001278/AOS/02/1/02.1100.001.02/1 na terenie powiatu poddębickiego.

¹² postępowania: kod 05-12-000839/AOS/02/1/02.1020.001.02/1 na terenie powiatu pabianickiego i kod 05-12-001915/AOS/02/1/02.1020.001.02/1 dla obszaru województwa łódzkiego.

¹³ rozporządzenie 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 zadań.

- z wybranymi 10 oferentami zawarto umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju AOS, w tym:
 - w zakresie kardiologii: z WSS im. M. Kopernika, Szpitalem Zakonu Bonifratrów, Salve ZOZ, NZOZ Sanmed, NZOZ Poradnia Zdrowotna i NZOZ MOŻ-MED,
 - w zakresie diabetologii: z NZOZ Eskulap, NZOZ Pabianickie Centrum Medyczne, Poradnia Nowa i SP ZOZ WAM.

Na przykładzie umowy nr 051/210005/02/010/12 o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie kardiologii zawartej pomiędzy ŁOW NFZ a Zakładem Opieki Zdrowotnej „Salve” sp. z o.o. w Łodzi, zapisy umowne określały m.in., że:

- przedmiotem umowy jest udzielanie przez świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej w zakresach określonych w załączniku nr 1 do umowy,
- świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych prawem i zarządzeniami Prezesa NFZ,
- świadczenia w poszczególnych zakresach udzielane są przez osoby wymienione w załączniku nr 2 do umowy- „Harmonogram – zasoby”,
- świadczenia mogą być udzielane przez świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, stanowiący załącznik nr 3 do umowy,
- świadczeniodawca zobowiązany jest do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy,
- warunki finansowe świadczeń – kwota zobowiązania Oddziału Funduszu wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy, w okresie od dnia 01.01.2012 r. do dnia 31.12.2012 r. wynosi maksymalnie 3.185.187zł, w tym świadczenia w zakresie kardiologii 49.800 zł,
- liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w poszczególnych zakresach świadczeń objętych umową określa „Plan rzeczowo-finansowy”, stanowiący załącznik nr 1 do umowy.

[Dowód: akta kontroli str. 76-100]

2.2. O zawarcie umowy o świadczenia w rodzaju AOS ubiegało się łącznie 529 świadczeniodawców, w tym 110 publicznych i 419 niepublicznych, z czego w zakresie kardiologii 36 świadczeniodawców publicznych i 58 niepublicznych, w zakresie diabetologii: 23 publicznych i 48 niepublicznych.

Komisje konkursowe:

- przeprowadziły 16 kontroli u świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy na świadczenia w zakresie kardiologii i 15 w zakresie diabetologii,
- w 135 przypadkach żądały dostarczenia dokumentów potwierdzających dane i informacje przekazane w toku postępowania przez świadczeniodawców, w tym 71 w zakresie kardiologii i 64 w zakresie diabetologii.

Z powodu: niespełnienia wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Prezesa NFZ, dostarczenia nieprawdziwych informacji, nieprzedstawienia przez oferenta wszystkich wymaganych dokumentów i nieuzupełnienia ich w terminie odrzucono 10 ofert, w tym: 6 w zakresie kardiologii i 4 diabetologii.

Wybrano 27 świadczeniodawców publicznych i 36 niepublicznych w zakresie kardiologii oraz 22 publicznych i 31 niepublicznych w zakresie diabetologii.

W 2012 r. do Dyrektora ŁOW NFZ wpłynęło 27 odwołań od decyzji komisji, w tym 18 dotyczyło świadczeń w zakresie kardiologii i 9 diabetologii, do Prezesa NFZ – 12 odwołań, w tym 3 w zakresie kardiologii i 9 diabetologii.

Oddział nie posiada bazy danych odnośnie ilości skarg składanych do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego odnośnie kwestionowania przez Świadczeniodawców rozstrzygnięć konkursów ofert w rodzaju AOS. Sprawy prowadzone są przez Centralę Funduszu.

Dowód: akta kontroli str. 72-74]

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie

Opis stanu
faktycznego

3. Rozliczanie umów o świadczenia POZ i AOS.

3.1. Zasady stosowane przy rozliczaniu umów POZ w zakresie świadczeń lekarza POZ wynikają w szczególności z warunków określonych w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia¹⁴, zarządzeń Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju POZ oraz umowy o udzielanie świadczeń gwarantowanych w zakresie POZ.

Świadczeniodawca realizujący umowę w rodzaju POZ obowiązany jest do gromadzenia i przekazywania celem rozliczenia realizacji umowy w zakresie świadczeń lekarza POZ informacji o:

- świadczeniobiorcach objętych opieką na podstawie deklaracji wyboru lekarza w formie list świadczeniobiorców, zawierającej każdorazowo aktualne informacje o wszystkich świadczeniobiorcach, których obejmuje opieką na podstawie deklaracji złożonych do osób udzielających świadczeń w ramach umowy,
- świadczeniach udzielonych w okresie realizacji umowy.

Dla celów rozliczania udzielonych świadczeń w rodzaju POZ w zakresie lekarza POZ ŁOW NFZ stosuje:

- kapitaacyjną stawkę roczną – dla świadczeń w zakresie POZ udzielanych w ramach gotowości lekarza;
- cenę jednostkową jednostki rozliczeniowej – w związku z realizacją wskazanych w umowie świadczeń objętych finansowaniem „za wykonaną usługę”.

Rozliczanie świadczeń lekarza POZ finansowanych metodą kapitaacyjną realizowano w taki sposób, że miesięczna należność stanowiła sumę iloczynów liczby świadczeniobiorców objętych opieką w poszczególnych grupach i stawki miesięcznej stanowiącej 1/12 kapitaacyjnej stawki rocznej z uwzględnieniem współczynników korygujących. W stosunku do świadczeniobiorcy zadeklarowanego do lekarza POZ, stawka kapitaacyjna korygowana jest współczynnikiem odpowiednim do grupy wiekowej świadczeniobiorcy albo charakteru miejsca pobytu świadczeniobiorcy lub - w przypadku leczenia chorób przewlekłych określonych w wykazie stanowiącym załącznik do umowy.

Na podstawie informacji przekazywanych przez świadczeniodawców ŁOW NFZ co miesiąc weryfikował listy świadczeniobiorców, kwalifikował deklaracje do rozliczenia odpowiednim wskaźnikiem korygującym oraz przekazywał świadczeniodawcy do ostatniego dnia każdego okresu sprawozdawczego informację o wynikach weryfikacji list świadczeniobiorców oraz liczbie świadczeniobiorców objętych opieką. Przekazana informacja stanowiła podstawę do finansowania świadczeń za dany okres sprawozdawczy. Podczas generowania rozliczeń umów POZ w zakresie świadczeń lekarza POZ brały udział tylko pozytywnie zweryfikowane listy świadczeniobiorców oraz pozytywnie zweryfikowane świadczenia.

[Dowód: akta kontroli str. 101-102]

¹⁴ rozporządzenie z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484).

3.2. Rozliczanie świadczeń w rodzaju AOS odbywało się na podstawie ceny. Należność stanowił iloczyn liczby jednostek rozliczeniowych odpowiadających udzielonym świadczeniom i ceny jednostkowej, uwzględniający współczynniki korygujące i nie mogła być wyższa od iloczynu liczby jednostek rozliczeniowych oraz ceny jednostkowej, określonych w planie rzeczowo-finansowym dla danego zakresu świadczeń na dany okres sprawozdawczy.

Dowody księgowe przekazywane są do systemu informatycznego ŁOW NFZ, w formie papierowej bądź e-dokumentów. Dowody księgowe obejmujące świadczenia zostają poddane walidacji i weryfikacji przez system informatyczny, który sprawdza je pod względem merytorycznym, tj. zostaje sprawdzona poprawność ekonomiczno-finansowa oraz wystawca dowodu księgowego. W przypadku wystąpienia nieprawidłowości oraz błędów system informatyczny uniemożliwia zmianę statusu i zweryfikowanie dokumentów pod względem formalno-rachunkowym. Wówczas status dowodu księgowego może zostać zmieniony jedynie na taki, aby umożliwić świadczeniodawcy dokonanie niezbędnych zmian. Dokumenty poprawnie zweryfikowane pod względem merytorycznym są poddawane sprawdzeniu pod względem formalno-rachunkowym, a następnie zatwierdzane do zapłaty. Dokumenty rozliczeniowe świadczeniodawcy składają do 10 dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni. Należności z tytułu realizacji umów wypłacane są w terminie 15 dni po dniu dostarczenia przez świadczeniodawcę dokumentów rozliczeniowych. W przypadku przesłania e-dokumentów uwierzytelnionych bezpiecznym podpisem elektronicznym termin płatności zostaje skrócony o jeden dzień.

[Dowód: akta kontroli str. 101-102]

3.3. W procesie rozliczania udzielonych świadczeń system informatyczny ŁOW NFZ automatycznie weryfikuje poprawność danych sprawozdawanych przez świadczeniodawców w raportach statystycznych. Proces ten odbywa się w kilku etapach.

ETAP I – walidacja:

- w etapie tym przy użyciu reguł walidacyjnych systemowych i centralnych oceniana jest prawidłowość sprawozdawanych pozycji,
- w sytuacji, gdy system stwierdzi błąd pozycja sprawozdania nie „wchodzi” do bazy oddziałowej, a świadczeniodawca otrzymuje informacje o charakterze nieprawidłowości.

Ze względu na to, że poszczególne reguły walidacyjne nie są przypisane do konkretnych rodzajów i zakresów świadczeń oraz ze względu na dużą ich liczbę na tym etapie nie ma możliwości przekazania wykazu reguł walidacyjnych dla świadczeń AOS i POZ.

ETAP II – weryfikacja wstępna (podstawowa)

- odbywa się każdorazowo, gdy świadczenie pozytywnie przeszło etap walidacji oraz gdy świadczeniodawca wprowadził jakiegokolwiek zmiany danych,
- etap ten opiera się o centralne reguły weryfikacyjne oraz o sprawdzenia oddziałowe opracowywane dla każdego rodzaju świadczeń, w 2014 r. na polecenie Centrali NFZ reguły oddziałowe zostały wyłączone, systematycznie są one włączane do centralnych reguł weryfikacyjnych). Centralne Reguły Weryfikacyjne działają w oparciu o macierze parametryzujące, których w 2012 r. było 87, w 2013 r. - 124, natomiast w pierwszym półroczu 2014 r. jest ich 131.

Centralne Reguły Weryfikacyjne zwracają świadczenia z wynikiem weryfikacji: poprawny, błąd lub ostrzeżenie.

- świadczenia oznaczone błędem nie biorą udziału w procesie naliczania,
- świadczenia oznaczone ostrzeżeniem biorą udział w procesie naliczania (ostrzeżenie jest tylko informacją dla świadczeniodawcy o istnieniu w sprawozdawanym świadczeniu nieprawidłowości o niewielkiej wadze),
- informacja o zakwestionowaniu świadczenia jest widoczna dla świadczeniodawcy od razu po przeprowadzeniu procesu weryfikacji.

ETAP III – weryfikacja wsteczna

- odbywa się co najmniej raz na kwartał i obejmuje wszystkie świadczenia znajdujące się w bazie świadczeń SI ŁOW NFZ: rozliczone i nierozliczone, zweryfikowane i niezwyfikowane,
- w przypadku świadczeń rozliczonych zakwestionowanych w wyniku weryfikacji wstecznej generują się szablony korygujące będące podstawą zwrotu nienależnie pobranych przez Świadczeniodawcę środków.

[Dowód: akta kontroli str. 103-105]

Najczęściej wykazywane nieprawidłowości w raportach statystycznych generowanych przez świadczeniodawców w latach 2012-2014 to m.in.:

- kod ICD10 niedopuszczalny dla danego świadczenia,
- w tym samym dniu wielokrotne wykazanie tego samego świadczenia z taką samą przyczyną,
- brak deklaracji lub data wykonania świadczenia wcześniejsza od daty złożenia deklaracji,
- świadczenie wykonane podczas pobytu pacjenta w lecznictwie szpitalnym,
- data wykonania świadczenia późniejsza niż data zgonu,
- PESEL świadczeniobiorcy, któremu udzielono świadczenia nie występuje w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych („CWU”),
- przekazana płeć pacjenta niezgodna z jego nr PESEL.

Wartość nieprawidłowo wykazanych w sprawozdaniach świadczeń wyniosła:

- w POZ: w 2012 r. – 7,8 tys. zł, w 2013 r. – 80,0 tys. zł i na 30.06.2014 r. – 30,4 tys. zł,
- w AOS łącznie kardiologia i diabetologia: w 2012 r. – 29,6 tys. zł, w 2013 r. – 177,0 tys. zł i na 30.06.2014 r. – 111,4 tys. zł.

[Dowód: akta kontroli str. 106- 120]

3.4. ŁOW NFZ dwa razy w roku kalendarzowym przeprowadza weryfikację kontrolną danych zgromadzonych na listach świadczeniobiorców pod kątem finansowania świadczeń POZ w oparciu o deklaracje osób zmarłych, które ze względu na brak danych o zgonie w CWU w pierwotnym rozliczeniu uzyskały pozytywny status weryfikacji. Podczas weryfikacji dokonuje się oceny, czy w okresie objętym analizą oddział dokonał płatności za deklaracje osób zmarłych. W oparciu o uzyskany wynik, wskazujący na niezasadne sfinansowanie świadczeń POZ za osoby zmarłe przeprowadzana jest korekta pozycji rozliczeniowych dla poszczególnych świadczeniodawców. Po przeprowadzeniu operacji związanych z korektami zgonów w systemie informatycznym oddziału, do świadczeniodawców usług POZ kierowane są pisma o dokonanie korekty rozliczeń na podstawie udostępnionych przez Oddział raportów.

Pismem z dnia 30 grudnia 2010 r. Prezes NFZ poinformował Dyrektorów OW NFZ, że ważność deklaracji wyboru wygasa z chwilą śmierci świadczeniobiorcy i nie stanowi dla Funduszu podstawy do przekazywania świadczeniodawcy na jej podstawie środków finansowych z tytułu realizacji umowy. Osoba zmarła nie powinna być wykazywana przez świadczeniodawcę na aktywnej liście świadczeniobiorców, stanowiącej podstawę do wypłaty przez NFZ wynagrodzenia w stawce kapitałowej już od miesiąca następującego po dacie zgonu.

W ramach weryfikacji wstecznej dokonuje się dodatkowego sprawdzenia na świadczeniach lekarza POZ udzielanych w stanach nagłych zachorowań ubezpieczonych spoza OW oraz z terenu OW ale spoza gminy własnej i sąsiadujących oraz spoza listy zadeklarowanych pacjentów. W przypadku negatywnej weryfikacji w tym zakresie (po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego) wymagana jest korekta dokonanego wcześniej rozliczenia.

Przedmiotowe świadczenia przesyłane są do rozliczenia przed procesem weryfikacji list świadczeniobiorców i wymagają sprawdzenia warunku związanego z adresem zamieszkania świadczeniobiorcy, na podstawie aktualnych danych zawartych w CWU. Aktualizacja danych zawartych w CWU następuje z opóźnieniem w stosunku do stanu

faktycznego z uwagi na fakt zasilania tego systemu przez źródła zewnętrzne, tj. bazy ZUS, KRUS, MSWiA.

[Dowód: akta kontroli str. 121-123, 212-242]

3.5. Plany kontroli świadczeniodawców na lata 2012 – 2014 opracowano zgodnie z wytycznymi zawartymi w zarządzeniu nr 23/2009/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 13 maja 2009 r.

Zagadnienia i świadczeniodawcy do planu kontroli w zakresie POZ i AOS typowani byli m.in. na podstawie:

- wyników wcześniejszych kontroli,
- wyników badań analitycznych określonych zagadnień i obszarów, w których zauważono nieprawidłowości,
- skarg i wniosków,
- informacji pochodzących od organów państwowych i samorządowych oraz środków masowego przekazu.

Ponadto w toku sporządzania planów uwzględniano: nakład pracy i środki niezbędne do terminowego wykonania pracy, równomierne zaangażowanie potencjału kontrolnego oraz częstotliwość kontroli w danej jednostce w okresie obowiązywania umowy.

W kontrolowanym okresie 2012 – 2014 (I półrocze) ŁOW NFZ przeprowadził ogółem 364 kontrole (w 2012 r. - 198, w 2013 r. – 56 i w 2014 r. – 110), w tym: 304 kontrole doraźne i 60 kontroli planowanych.

Podjęcie kontroli doraźnych wynikało z zakończenia konkursu ofert i zawarcia umów na lata 2012-2014. Dział Kontroli Realizacji Umów w 2012 r. przeprowadził 179 kontroli doraźnych, przede wszystkim u świadczeniodawców, którzy po raz pierwszy zawarli umowy w nowych zakresach.

W 2014 r. (do 30 czerwca) na zlecenie Centrali NFZ oraz Ministerstwa Zdrowia przeprowadzono 93 kontrole doraźne głównie list kolejek oczekujących w kontraktowanych zakresach świadczeń. W badanym okresie kontrole doraźne były przeprowadzane również na zlecenie Dyrektora ŁOW NFZ z powodu indywidualnych skarg pacjentów, doniesień prasowych, wskazań Ministerstwa Zdrowia, Centrali NFZ, organów ścigania i władz samorządowych.

W wyniku kontroli świadczeniodawców ŁOW NFZ w latach 2012 – 2013 zakwestionował świadczenia i nałożył kary pieniężne w łącznej kwocie 860,1 tys. zł, z czego w badanym okresie odzyskano 803,0 tys. zł (93%), do zwindykowania pozostała kwota 57,2 tys. zł, w tym:

- w powtórnym odwołaniu do Prezesa NFZ rozpatrywana jest kwota 36,4 tys. zł,
- kwota 20,8 tys. zł po wyczerpaniu procedury windykacyjnej została skierowana do dochodzenia na drodze sądowej.

W 2014 r. według stanu na 30 czerwca ŁOF NFZ zakwestionował świadczenia i nałożył kary pieniężne na kwotę 472,2 tys. zł, z czego na dzień kontroli odzyskano 228,6 tys. zł.

Do zwindykowania na drodze sądowej pozostała kwota 240,9 tys. zł (w tym jedna kara na 188,2 tys. zł) i w ramach podpisanej ugody kwota 2,7 tys. zł została rozłożona na raty.

[Dowód: akta kontroli str. 124-131]

W wyniku przeprowadzonych 31 kontroli udzielonych świadczeń w zakresie:

- kardiologii nałożono kary na łączną kwotę 54,6 tys. zł, z czego do dnia kontroli odzyskano 50,3 tys. zł,
- diabetologii kary wyniosły 1,1 tys. zł, odzyskano – 100%.

W realizacji umów o świadczenia w zakresie POZ oraz kardiologii i diabetologii występujące nieprawidłowości m.in. dotyczyły:

- nieprzestrzegania umowy zawartej z ŁOW NFZ w zakresie harmonogramu realizacji świadczeń medycznych,

- nieprzestrzegania umowy w zakresie personelu wykazanego w umowie a rzeczywiście świadczącego usługi medyczne,
- nieudzielania świadczeń w czasie i miejscu wskazanym w umowie,
- braku informacji koniecznych dla pacjentów wskazanych w § 11 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- braku pomieszczenia sanitarnego przystosowanego dla osób niepełnosprawnych,
- złej kwalifikacji świadczeń do procedur z katalogu ambulatoryjnego,
- prowadzenia i gromadzenia dokumentacji medycznej w sposób niezgodny z obowiązującymi przepisami,
- nieprowadzenia kolejek oczekujących,
- braku pełnego zestawu sprzętu i aparatury zgłoszonej do umowy.

[Dowód: akta kontroli str. 132-148]

W badanym okresie 11 świadczeniodawców wniosło do Prezesa NFZ odwołania z tytułu nałożonych kar pieniężnych, w tym m.in.:

- NZOZ Centrum Medyczne Bazarowa (kara 36,4 tys. zł), odwołanie z dnia 11.01.2013 r., decyzja Prezesa zmniejszająca karę o 3,6 tys. zł wpłynęła do Oddziału 27.08.2014 r.,
- NZOZ Medycyna Grabieniec (kara 6,6 tys. zł), odwołanie do Prezesa NFZ 09.10.2012 r., ostateczna odpowiedź 19.12.2013 r., do Wydziału Prawno Organizacyjnego („ZRP”) wpłynęła 28.03.2014 r.,
- Spółka Medyczna Sierakowskiego (kara 188,2 tys. zł), odwołanie do Prezesa NFZ 27.06.2013 r., ostateczna odpowiedź 08.04.2014 r., do ZRP wpłynęła 13.08.2014 r.,
- Centra Medyczne Medyceusz (kara 29,4 tys. zł), odwołanie do Prezesa NFZ 03.10.2011 r., ostateczna odpowiedź 14.01.2014 r., do ZRP wpłynęła 16.05.2014 r.

W celu wyegzekwowania środków finansowych z tytułu zakwestionowanych świadczeń i nałożonych kar ZRP podjął m.in. działania:

- w przypadku 5 spraw (kary nałożone na kwotę 48,6 tys. zł) podjęto czynności uzupełniające odnośnie materiału dowodowego,
- w jednej sprawie (kwota kary 3,8 tys. zł.) wobec decyzji Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 31 grudnia 2013 r. uznającej za praktykę ograniczającą konkurencję organizowania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie rezonansu magnetycznego i tomografii komputerowej, w następstwie przyjęcia za kryterium jakościowe oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń w ww. zakresie parametru ilości wykonanych badań rocznie, tj. zdarzenia stanowiącego podstawę nałożenia kary umownej na przedsiębiorcę, odstąpiono od windykacji z uwagi na istniejące duże ryzyko przegrania sprawy przed Sądem,
- w jednej sprawie (kwota kary 188,2 tys. zł), która wpłynęła do ZRP w dniu 13 sierpnia 2014 r., po ocenie dokumentacji stwierdzono, że jest ona niewystarczająca do skierowania na drogę postępowania sądowego, wobec tego podjęto dalsze czynności wyjaśniające.

[Dowód: akta kontroli str. 206-211]

3.6. W związku ze zjawiskami niewykonania lub nadwykonań przez świadczeniodawców zakontraktowanych świadczeń ŁOW NFZ comiesięcznie, z dokładnością do typu umowy, jak i miejsca wykonywania świadczeń oraz liczby pacjentów analizował stopień wykonania umów.

W celu oceny nadwykonań i niewykonania przeprowadzano analizy w zakresie:

- monitorowania liczby i wartości faktycznego wykonania świadczeń w poradniach, m.in. diabetologicznej i kardiologicznej,

- monitorowania w pierwszej połowie 2012 r. stopnia wykonania kontraktów w związku z przeprowadzonymi postępowaniami w 2011 r., późnymi rozstrzygnięciami, odwołaniami wydłużającymi okres podpisywania umów, wyłonieniem nowych świadczeniodawców,
- wykonanych produktów jednostkowych i procedur zabiegowych, powtarzalności porad, „ceny” punktowej porady, w tym w części dotyczącej świadczeń ponadlimitowych w poszczególnych latach,
- wykonanych świadczeń przez lekarzy wykazanych w umowach i ich zgodność z harmonogramem,
- liczby porad wykonanych przez personel wykazany w umowach,
- danych dotyczących liczby osób oczekujących i czasu oczekiwania oraz typu wykonanych porad,
- comiesięcznej analizy przy sporządzaniu sprawozdań finansowych (FM).

W wyniku analiz w zakresie stopnia wykonania kontraktów w ciągu miesięcy, liczby osób oczekujących oraz wzrostu ceny porady wnioskującej z wprowadzenia systemu JGP (jednorodnej grupy pacjentów), w odniesieniu do środków finansowych przeznaczonych na zakup świadczeń ŁOW NFZ przy planowaniu świadczeń na 2013 r. zmniejszył wartości kontraktów m.in. w zakresach:

- świadczenia w poradni chirurgicznej - wartość środków niewykonanych po 6 miesiącach 3 mln zł, zmniejszenie rocznej wartości kontraktu do 80%,
- świadczenia w poradni diabetologicznej- wartość środków niewykonanych po 6 miesiącach 1,2 mln zł, zmniejszenie do 85%,
- świadczenia w poradni dermatologicznej- wartość środków niewykonanych po 6 miesiącach 400 tys. zł, zmniejszenie do 85%,
- świadczenia w poradni neurologicznej- wartość środków niewykonanych po 6 miesiącach 2 mln zł, zmniejszenie do 85%,
- świadczenia w poradni alergologicznej- wartość środków niewykonanych po 6 miesiącach 300 tys. zł, zmniejszenie kontraktu do 85%.

[Dowód: akta kontroli str.149-161]

3.7. Rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych w latach 2012 – 2013 ponad limit ŁOW NFZ dokonywał poprzez zawarcie aneksu rozliczającego lub ugody pozasądowej. Z wytycznych dotyczących przeprowadzenia tych rozliczeń, określonych w pismach Prezesa NFZ¹⁵ wynikało m.in., że w celu przeprowadzenia procesu zawierania ugód/aneksów rozliczających Dyrektor OW NFZ określa w zarządzeniu szczegółowe zasady realizacji zadania związanego z ich zawieraniem, uwzględniając wysokość dostępnych środków w planie finansowym.

Dyrektor ŁOW NFZ wprowadził jednolite zasady postępowania w przedmiocie zawierania ze świadczeniodawcami aneksów rozliczających lub ugód z tytułu nadwykonań świadczeń zrealizowanych w 2012 r. i w 2013 r.¹⁶

W zarządzeniach postanowiono m.in., że:

- podstawą zawarcia aneksu lub ugody jest wniosek świadczeniodawcy o sfinansowanie nadwykonań,
- procesowi zawierania aneksu lub ugody mogą podlegać świadczenia wykonane, a niezapłacone przez ŁOW NFZ w ramach m.in. AOS,
- skutki finansowe zawarcia aneksów lub ugód nie mogą przekraczać wartości przewidzianej w planie finansowym na świadczenia zdrowotne w danym rodzaju świadczeń,
- nadwykonania mogą być sfinansowane w zakresach określonych w załączniku do zarządzenia, w tym m.in. kardiologii i diabetologii (w 2013 r. nadwykonania płacono wyłącznie za kardiologię dziecięcą w wysokości 80% ceny, nadwykonania z diabetologii nie podlegały finansowaniu przez NFZ).

¹⁵ Z dnia: 21 i 23 stycznia 2013 r., 18 grudnia 2013 r. i 15 stycznia 2014 r.

¹⁶ Zarządzenie nr 13/13 z dnia 14 lutego 2013 r. i zarządzenie nr 18/14 z dnia 7 lutego 2014 r.

Z roszczeniami z tytułu nadwykonania świadczeń w zakresie kardiologii, w latach 2012 – 2013, wystąpiło 61 świadczeniodawców na łączną kwotę 962,7 tys. zł (108.881,5 pkt).

Z 13 świadczeniodawcami zawarto ugody na kwotę 445,7 tys. zł (50.457 pkt).

W zakresie diabetologii z roszczeniami z tytułu nadwykonań:

- w 2012 r. wystąpiło 22 świadczeniodawców na kwotę 76,4 tys. zł, z czego z 6 zawarto ugody rozliczające na kwotę 42,2 tys. zł,
- w 2013 r. – 23 świadczeniodawców na kwotę 41,3 tys. zł, z czego 10 świadczeniodawców zrzekło się roszczeń w zakresie diabetologii na kwotę 30,1 tys. zł.

We wszystkich przypadkach ŁOW NFZ stosował takie same zasady i procedury.

[Dowód: akta kontroli str. 162-196]

3.8. Koszty wykonanych świadczeń w rodzaju AOS wyniosły: w 2012 r. – 300.117,6 tys. zł (99,3% planu) i w 2013 r. – 309.396,6 tys. zł (99,7% planu), w tym:

- w zakresie kardiologii odpowiednio w latach: 15.475,6 tys. zł (99,6% planu) i 14.942 tys. zł (99,8% planu)
- w zakresie diabetologii odpowiednio w latach: 6.589,2 tys. zł (98,5% planu) i 7.013,2 tys. zł (99,3% planu).

Wartość ogółem niewykonanych świadczeń w latach 2012-2013 wyniosła: 2.167 tys. zł i 858,9 tys. zł (0,7% i 0,3%), w tym:

- w zakresie kardiologii: 55,2 tys. zł (0,4% planu) i 31,9 tys. zł (0,2% planu),
- w zakresie diabetologii: 101 tys. zł (1,5% planu) i 46,3 tys. zł (0,7% planu).

W przypadku znaczącego niewykonania, ŁOW zwracał się w ciągu roku do świadczeniodawców o renegotjowanie umowy o wartość niewykonanych świadczeń.

W wyniku renegotjacji odzyskano środki w wysokości:

- 1.946,2 tys. zł w 2012 r.,
- 237,1 tys. zł w 2013 r.,
- 27,7 tys. zł w I półroczu 2014 r.

W latach 2012-2013 odzyskane środki przeznaczone na pokrycie części nadwykonań w ramach AOS, w tym dofinansowano m.in.: diabetologię, endokrynologię, alergologię, gastroenterologię, nefrologię, dermatologię, neurologię, onkologię, gruźlicę i choroby płuc, reumatologię, położnictwo i ginekologię, chirurgię ogólną, leczenie osteoporozy, otolaryngologię, neurologię i logopedię.

W rocznym rozliczeniu umowy Fundusz podejmował czynności określające niewykonanie kontraktów (koniec stycznia roku następnego) i sporządzał aneksy zmniejszające wartość umowy o uzgodnione kwoty ze świadczeniodawcą. Za poszczególne lata ŁOW NFZ zmniejszył wartości umów o kwotę:

- 6.649,5 tys. zł za rok 2012,
- 2.006,6 tys. zł za rok 2013.

Odzyskane środki przeznaczone m.in. na aneksy i ugody rozliczające, celem zmniejszenia nadwykonań. Wartość świadczeń sfinansowanych w ramach AOS wyniosła 4.227,4 tys. zł. pokrywając w całości roszczenia świadczeniodawców we wnioskowanych zakresach. Dodatkowo ŁOW NFZ dokonał zapłaty za wszystkie świadczenia udzielone w poradniach przyszpitalnych oraz pokrył wartość nadwykonanych świadczeń kosztochłonnych (CT, NMR, gastroscopia, kolonoskopia) u wszystkich świadczeniodawców oraz zawarł ugody sądowe i pozasądowe za nadwykonania w 2012 r, gdzie jednym z zapisów było zrzeczenie się roszczeń m.in. w AOS (zrzeczenie na kwotę 134,3 tys. zł.). W przypadku 2013 r. Oddział sfinansował poprzez zawarcie ugód świadczenia nadwykonane na łączną kwotę 3.780,5 tys. zł. zaspokajając roszczenia Świadczeniodawców w wysokości 6.195,7 tys. zł.

[Dowód: akta kontroli str. 197-201+212-242]

3.9. Analiza wartości kontraktów w poradni diabetologicznej oraz kardiologicznej według stanów na początek i koniec okresu rozliczeniowego w ujęciu terytorialnym wykazała, że:

- w poradniach diabetologicznych według stanu na marzec 2012 r., styczeń 2013 r. i 2014 r. nastąpiło obniżenie kontraktów do 99 % w 2013 r. w stosunku do roku 2012 oraz 94 % w 2014 r. w stosunku do roku 2013 r. Zmniejszenie wartości kontraktów na

koniec grudnia 2012 r., związane z ich niewykonaniem wystąpiło w powiatach: wieluńskim (o 34%), bełchatowskim (o 22%), sieradzkim (o 8%) i pabianickim (o 6%). Zwiększenie umów powyżej wartości z 2012 r. nastąpiło w powiatach: łódzkim wschodnim, piotrkowskim z Piotrkowem Tryb., zgierskim, wieruszowskim, radomszczańskim, tomaszowskim, tj. w powiatach, w których wartość środków na 10 tys. mieszkańców była poniżej wartości średniej w województwie (wartości od 30% do 80% średnich w województwie). W pozostałych powiatach utrzymano kontrakty na poziomie 2012 r. ze względu na wartości środków w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców osiągające wartości powyżej średnich w województwie. Wyjątkiem były powiaty z jednym miejscem udzielania świadczeń, w których wartość determinowana jest przede wszystkim potencjałem wykonawczym Świadczeniodawcy. Zmniejszenie wartości umów w 2014 r. w stosunku do roku 2013, w związku z ich niewykonaniem, wystąpiło w 5 powiatach: poddębickim, rawskim, sieradzkim, wieluńskim i pączęchańskim. W powiatach, w których poziom wykonania świadczeń wyniósł 90 do 100% oraz wartość umów w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców była poniżej 90% wartości średniej w województwie, wartości umów na 2014 r. zostały utrzymane na poziomie 2013 r. W powiatach, w których wystąpiły nadwykonania oraz wartość umów w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców była poniżej 90% wartości średniej w województwie kontrakty zostały zwiększone. Umowy o wartości w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców powyżej 90% wartości średniej w województwie w 2014 r. zostały zmniejszone w celu wyrównania dostępności świadczeń między powiatami,

- w poradni kardiologicznej według stanu na styczeń: 2012 r., 2013 r. i 2014 r. wartość kontraktów wzrosła do 108 % w 2013 r. w stosunku do 2012 r. oraz 104 % w 2014 r. w stosunku do 2013 r. Zmniejszenie wartości umów w 2013 r., ze względu na ich niewykonanie w 2012 r., nastąpiło w trzech powiatach: poddębickim, radomszczańskim i bełchatowskim. W powiecie wieluńskim umowę ze świadczeniodawcą rozwiązano z uwagi na niespełnianie wymaganych warunków. W pozostałych powiatach w 2013 r., w których wystąpiły nadwykonania, nastąpił wzrost wartości kontraktów. W 2014 r. w stosunku do 2013 r. zmniejszono wartość umów w powiecie łódzkim wschodnim (rozwiązanie jednej umowy) oraz brzezińskim ze względu na niewykonanie zakontraktowanych świadczeń. W pozostałych powiatach umowy zostały zwiększone o 60% i 90% wartości nadwykonań.

[Dowód: akta kontroli str. 202-205]

3.10. Kapitałowe finansowanie świadczeń lekarza POZ z wykorzystaniem wskaźnika 3.0 za osoby leczone na cukrzycę i z chorobami układu krążenia spowodowało wzrost wydatków na świadczenia lekarza POZ z uwagi na kwalifikowanie świadczeniobiorców do finansowania wyższym wskaźnikiem niż wynikający z grupy wiekowej lub charakteru miejsca pobytu świadczeniobiorcy (DPS, placówka socjalizacyjna, interwencyjna lub resocjalizacyjna). Zmiany w finansowaniu POZ (3 x stawka kapitałowa) nie zmniejszyły liczby osób leczonych w poradniach diabetologicznych i kardiologicznych z rozpoznaniem kwalifikującym do podwyższonej stawki w POZ. Liczba porad z wyżej wymienionymi rozpoznaniem systematycznie wzrasta, co wynika ze struktury demograficznej województwa łódzkiego (jedno z województw o najliczniejszej populacji ludzi w wieku poprodukcyjnym) oraz zjawisk epidemiologicznych - najwyższy wskaźnik umieralności ogólnej w Polsce w 2011r., w tym także stały wzrost liczby chorych na choroby układu krążenia i na cukrzycę typu 2.

W badanym okresie stawką 3.0 objęto odpowiednio w latach: w 2012 r. - 582.580 osób, koszty ŁOW NFZ wyniosły 103.694,8 tys. zł; w 2013 r. - 587.445 osób, koszty Oddziału wyniosły 103.696,6 tys. zł i w I półroczu 2014 r. - 517.757 osób, koszty poniesiono w kwocie 53.406,3 tys. zł.

W poradniach kardiologicznych udzielono: ponad 180 tys. porad blisko 81 tys. osobom w 2012 r., ponad 199 tys. porad ponad 87 tys. pacjentom w 2013 r. i do dnia 30 czerwca 2014 r. - 111 tys. porad udzielono dla 71 tys. osób.

W poradniach diabetologicznych w latach 2012 - 2013 z ponad 33 tys. porad skorzystało ponad 11 tys. pacjentów, w I półroczu 2014 r. odpowiednio: 8,8 tys. porad dla 4,2 tys. osób.

[Dowód: akta kontroli str. 212-242]

Ustalono
nieprawidłowości

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

Ocena cząstkowa

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

IV. Uwagi i wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje wniosków pokontrolnych.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

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

Łódź, dnia 28 listopada 2014 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Łodzi

Barbara Głowińska
gł. specjalista k.p.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Łodzi
Dyrektor

Przemysław Szewczyk


.....
podpis


.....
podpis

