



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Olsztynie

LOL – 4101-003-01/2014

P/14/060

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Olsztynie

ul. Artyleryjska 3e, 10-165 Olsztyn

T +48 89 678 82 00, F +48 89 678 82 30

lol@nik.gov.pl

Adres korespondencyjny: Skr. poczt. P-69, 10-950 Olsztyn

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/14/060 – Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach planu finansowego na 2013 r.
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Olsztynie
Kontrolerzy	1. Jerzy Szwejkowski, doradca techniczny, upoważnienie do kontroli nr 88682 z dnia 14-03-2014 (dowód: akta kontroli str. 1-2) 2. Jerzy Gomoła, główny specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr 88683 z dnia 14-03-2014 (dowód: akta kontroli str. 3-4)
Jednostka kontrolowana	Narodowy Fundusz Zdrowia Warmińsko-Mazurski Oddział w Olsztynie („Oddział”).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Andrzej Zakrzewski, dyrektor Oddziału

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie¹ działalność Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia w Olsztynie w zakresie dysponowania środkami finansowymi Funduszu w celu zabezpieczenia potrzeb ubezpieczonych mieszkańców warmińsko-mazurskiego w zakresie świadczeń zdrowotnych.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Powyższą ocenę uzasadnia prawidłowe zaplanowanie i rozdysonowanie przez Oddział środków na realizację świadczeń zdrowotnych oraz prawidłowe ich rozliczenie.

Mimo podejmowanych przez Oddział działań, na niektórych obszarach województwa nie zakontraktowano wszystkich świadczeń ustalonych w planie ich zakupu. Dotyczyło to jednak niewielkiej liczby świadczeń i wynikało z uwarunkowań niezależnych od Oddziału, najczęściej z braku potencjalnych świadczeniodawców w wyspecjalizowanych zakresach świadczeń zdrowotnych.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

3.1. Zapewnienie dostępności do wybranych świadczeń zdrowotnych

3.1.1. Określenie zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej

Opis stanu faktycznego

Oddział opracował, przyjęty zarządzeniem dyrektora Oddziału², „Plan zakupu świadczeń Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2013”. Podstawowym celem planu było zapewnienie

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

² Zarządzenie dyrektora Oddziału nr 106/2012 z dnia 26 września 2012 r.

dostępności do świadczeń zdrowotnych stosownie do sytuacji społeczno-ekonomicznej w województwie. Cel ten zamierzano osiągnąć w wyniku „realizacji priorytetów zdrowotnych: centralnych, określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia³ wydany na podstawie art. 31a ust 2 Ustawy⁴, ogólnopolskich (...) regionalnych [ustalonych] poprzez analizę sytuacji społeczno-ekonomicznej i zdrowotnej populacji województwa”.

Podstawowymi czynnikami społeczno-ekonomicznymi, uwzględnionymi przy opracowywaniu tego planu były przede wszystkim: zaludnienie, stan zatrudnienia (bezrobocie) oraz struktura mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego wg grup wiekowo-ekonomicznych. Spośród czynników charakteryzujących zdrowotność uwzględniono głównie wyniki diagnozy stanu zdrowia oraz poziom i strukturę tzw. „chorobowości”. Uwzględniono także stan służby zdrowia w województwie, głównie poprzez wskaźniki liczebności i struktury personelu medycznego oraz liczebności placówek szpitalnych i innych placówek opieki zdrowotnej.

Podstawą sporządzenia planu zakupu świadczeń zdrowotnych przez Oddział w 2013 r., była szczegółowa analiza planu i wykonania tych świadczeń w latach poprzednich, a zwłaszcza w 2012 r..

Jako priorytety regionalne (określone na podstawie ww. analiz), których celem była poprawa dostępności świadczeń poprzez zwiększenie nakładów, przyjęto:

- a) ambulatoryjną opiekę specjalistyczną (diagnostykę specjalistyczną, kardiologię, okulistykę, onkologię i neurologię),
- b) leczenie szpitalne (leczenie chorób naczyniowo-sercowych, zaćmy oraz chorób onkologicznych),
- c) opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień (świadczenia udzielane ambulatoryjnie, świadczenia w ramach modelu leczenia środowiskowego),
- d) świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze,
- e) rehabilitację leczniczą.

Jako uzasadnienie wyboru powyższych priorytetów podano występowanie istotnych problemów medycznych w poszczególnych rodzajach świadczeń. Wskazano przy tym, że ich rozwiązania należy oczekiwać poprzez zwiększenie finansowania, które umożliwiłoby odpowiednie zwiększenie liczby świadczeń. Jako podstawowy wskaźnik stopnia realizacji priorytetów przyjęto wskaźnik wartości udzielonych świadczeń.

Na podstawie wytycznych Wojewody Warmińsko-Mazurskiego odrębnie opracowano część planu zakupu świadczeń opieki zdrowotnej na 2013 r. w rodzaju „ratownictwo medyczne”.

W dniu 25.09.2012 r. Oddział przesłał opracowany plan zakupu świadczeń zdrowotnych na 2013 r. do zatwierdzenia do Centrali NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 6 - 9)

3.1.2. Odstępowanie przez dyrektora Oddziału od procedury kontraktowania świadczeń

W 2013 r., Dyrektor Oddziału, w drodze zarządzeń wewnętrznych, ośmiokrotnie wyraził zgodę na odstępowanie od stosowania przez komisje konkursowe niektórych zasad określonych w obowiązujących przepisach⁵.

³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. Nr 137, poz. 1126)

⁴ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 ze zm.)

⁵ Schemat postępowań z odwołaniami do obowiązujących przepisów zawarto w dokumencie NFZ: „Procedura konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”.

W każdym przypadku odstępstwa te polegały na nieprzeprowadzaniu przez komisję konkursową obligatoryjnej kontroli oferentów. Uzasadniono je tym, iż świadczeniobiorcy ci poddani byli już takiej kontroli, gdyż posiadali zawarte wcześniej z Oddziałem umowy w ramach tego samego rodzaju i zakresu świadczeń. We wszystkich przypadkach Dyrektor Oddziału wyrażał zgodę na odstępstwa od procedury w ww. zakresie w momencie, gdy komisja konkursowa dysponowała już wiedzą o innych oferentach biorących udział w danym postępowaniu konkursowym. O wszystkich ww. dokonanych odstępstwach od obowiązujących procedur kontraktowania świadczeń, dyrektor Oddziału każdorazowo informował Prezesa NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 10 – 14)

3.1.3. Analiza wybranych postępowań konkursowych przeprowadzonych przez Oddział na świadczenia zdrowotne w 2013 r

Na podstawie dokumentacji konkursowej sześciu postępowań (po trzy o największych kwotach w rodzajach SZP i AOS, przeprowadzonych w 2013 r., ustalono, że we wszystkich przypadkach:

- w treści zarządzeń wewnętrznych dyrektora Oddziału uzasadniono wszczęcie postępowań, wskazując na: niezabezpieczenie świadczeń z powodu braku oferentów we wcześniej ogłoszonych konkursach, niezabezpieczenie świadczeń w ilości i zakresie zgodnym z planem ich zakupu z wygaśnięcie umów z różnych powodów (każda z wymienionych przyczyn obejmowała po 2 przypadki),
- powołane zostały komisje konkursowe, a wszyscy ich członkowie złożyli oświadczenia, iż nie zachodzą wobec nich przesłanki wyłączenia z postępowań,
- powołane w Oddziale biuro obsługi konkursu ofert (BOKO) przekazało komisji konkursowych oferty, które wpłynęły na każde postępowanie (po 1 ofercie),
- w przypadku pięciu postępowań nie dokonano pisemnego uzasadnienia propozycji jednostek rozliczeniowych i przyjęto ilości ofertowe uznając, iż proponowane przez potencjalnych świadczeniodawców ilości jednostek odpowiadały wartościom zamówień podanych w ogłoszeniach,
- wszyscy oferenci uczestniczący w postępowaniach z zakresu AOS zaproponowali zgodny z wymogami Oddziału czas udzielania świadczeń,
- w jednym przypadku przeprowadzono z oferentem negocjacje, w wyniku których dokonano obniżenia proponowanej przez oferenta ceny jednostki rozliczeniowej do poziomu ceny rekomendowanej, umożliwiając w ramach kwoty kontraktu zakup większej liczby świadczeń,
- z negocjacji przeprowadzonych z ww. oferentem sporządzono protokół ustaleń,
- Oddział na miejscu weryfikował zgodność ze stanem faktycznym deklarowanego wyposażenia do wykonywania świadczeń objętych postępowaniem,
- wszyscy oferenci, po dokonaniu oceny oferty i przeprowadzeniu u nich kontroli zostali ocenieni w skali punktowej (w poszczególnych przypadkach od 28,25 do 89,5 pkt.),
- w każdym przypadku sporządzono protokoły z części jawnej i niejawniej posiedzeń komisji konkursowych,
- prawidłowo ogłoszono wyniki postępowań, a żaden z oferentów nie skorzystał ze środków odwoławczych,

Wartość zawartych na 2013 r. umów na realizację świadczeń zdrowotnych ogółem⁶ wyniosła 1.628.953,04 tys. zł, tj. o 83.231,58 tys. zł więcej niż w 2012 r.

⁶ Wg stanu na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych na koniec roku.

W przeliczeniu na jednego ubezpieczonego kwota ta wyniosła 1.249 zł i była wyższa od analogicznej wartości wyliczonej na 2012 r. o 61 zł (5,0%).

Najwyższa przeciętna kwota zakontraktowanych na 2013 r. umów w przeliczeniu na jednego ubezpieczonego dotyczyła rodzaju SZP – 757 zł, a następnie: ambulatoryjna opieka specjalistyczna - AOS „leczenie stomatologiczne” - STM, „opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień” PSY (od 54 do 64 zł/1 osobę ubezpieczoną). Najniższe umowy (od 2 – 4 zł/1 osobę ubezpieczoną) obejmowały lecnictwo uzdrowiskowe, pomoc doraźną i transport sanitarny jak również realizację profilaktycznych programów zdrowotnych. W porównaniu z odpowiednimi danymi za 2012 r., w przypadku 8 rodzajów świadczeń (w tym przede wszystkim POZ, AOS i SZP) wskaźniki te dla zakontraktowanych na 2013 r. umów były wyższe (w przedziale od 1 do 46 zł/1 na osobę ubezpieczoną). W pozostałych rodzajach świadczeń (oprócz ratownictwa medycznego, gdzie wskaźnik ten był o 2 zł niższy) podmiotowa wartość świadczeń była na tym samym poziomie, co w 2012 r.

(dowód: akta kontroli str. 5 i 15 - 38)

3.1.4. Postępowania uzupełniające mające na celu pełnego zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych

W trakcie 2013 r. Oddział przeprowadził ogółem 76 postępowań uzupełniających, z czego 44 ze względu na niezakontraktowanie przed początkiem tego roku świadczeń zdrowotnych w ilościach i na obszarach odpowiadających założeniom planu zakupu tych świadczeń na ten rok oraz 32 postępowania wynikające z następujących powodów, które zaistniały już w 2013 r.:

- ustania bytu prawnego dotychczasowego świadczeniodawcy (1 przypadek),
- wypowiedzenia umów przez świadczeniodawców (5),
- potrzeby rozszerzenia zakresu świadczeń,
- konieczności ponownego zakontraktowania świadczeń „na obniżonych warunkach” w związku z niespełnieniem wymogów kadrowych, bądź sprzętowych przez świadczeniodawców (4),
- konieczności poprawy dostępności do świadczeń (22).

Z ogółem 76 postępowań uzupełniających, w 75 przypadkach przeprowadzono konkursy ofert, a w jednym przypadku rokowania. Z ww. liczby postępowań, 48 zakończyło się rozstrzygnięciami, a 28 unieważniono.

W 74 przypadkach postępowania zostały wszczęte z inicjatywy Oddziału. W dwóch pozostałych przypadkach, gdzie z inicjatywą wystąpili świadczeniodawcy, żaden z nich nie uczestniczył w postępowaniu podstawowym.

(dowód: akta kontroli str. 39 – 45)

3.1.5. Postępowania dodatkowe na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców niespełniających niektórych warunków

W 2013 r. Oddział przeprowadził jedno dodatkowe postępowanie w trybie rokowań, w wyniku, którego zakontraktował świadczenia medyczne w formie umowy warunkowej.

Z analizy dokumentacji dotyczącej tego postępowania wynika, że:

- Oddział poinformował Prezesa NFZ⁷ o zamiarze przeprowadzenia postępowania dodatkowego w sprawie zawarcia umów na podstawie art. 161b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁸,

⁷ Pismem z dnia 27-03-2014 r.

⁸ Dane promulgacyjne p. przypis 4

- w informacji do Prezesa NFZ, Oddział określił przede wszystkim rodzaj świadczeń (AOS) oraz ich zakres (dermatologia i wenerologia), obszar udzielania świadczeń (Dobre Miasto i gminy przyległe), czasokres obowiązywania umowy (od 11-04-2013 do 31-12-2014) oraz kalkulację wartości świadczenia (liczba jednostek rozliczeniowych x planowana cena jednostki rozliczeniowej) = 51,6 tys. zł,
- jako uzasadnienie zamiaru wszczęcia postępowania podano, że na skutek zmian kadrowych u dotychczasowego świadczeniodawcy, przestał on spełniać wymogi świadczeń z zakresu AOS. W konsekwencji wg. Oddziału spowodowało to obniżenie w 2013 r. poziomu dostępności do ww. świadczeń w porównaniu do 2012 r.,
- przystępując do wyłonienia świadczeniodawcy, Oddział przekazał wybranemu świadczeniodawcy zaproszenie do rokowań w sprawie o ich udzielenie w postępowaniu dodatkowym, informując o potrzebie złożenia oferty spełniającej warunki określone w treści zaproszenia (w formie wykazu stosownych aktów prawnych),
- świadczeniodawca, do którego zwrócono się z propozycją rokowań przystąpił do postępowania,
- po przeprowadzeniu rokowań Oddział podał informację o rozstrzygnięciu postępowania wykazując m.in. wynegocjowaną wartość świadczenia (zgodną, co do wysokości z propozycją Oddziału), zakres niedostosowania oferenta do warunków, o których mowa w przepisach wyszczególnionych w zaproszeniu do rokowań (lekarz z zakresu dermatologii i wenerologii nie spełniał wymogu prowadzenia praktyki w okresie, co najmniej 3 lat od rozpoczęcia przez niego specjalizacji),
- w związku z niespełnianiem przez świadczeniodawcę w dniu podpisania aneksu ww. wymagania z zakresu kwalifikacji personelu medycznego, kwota odpłatności ustalona została na „obniżonych warunkach”, tj. przyjęto cenę jednego punktu w wysokości 8,36 zł, podczas gdy rekomendowana cena na 2013 r. wynosiła 8,80 zł/1 punkt,
- z oświadczenia kierownika Działu Kontraktowania Świadczeń wynika, że dzięki obniżonej cenie za 1 punkt Oddział zakontraktował świadczenia w większej ilości (większa liczba przyjęć pacjentów),
- umowa ze świadczeniodawcą na kwotę 51,6 tys. zł została podpisana (w formie aneksu)⁹ na okres do końca 2013 r.,
- w trakcie trwania umowy świadczeniodawca spełnił warunek, o którym mowa wyżej, wobec tego - po przeprowadzeniu odrębnego postępowania – zmieniono umowę na czas pozostały do jej wykonania¹⁰, zwiększając cenę jednostkową świadczenia do wartości rekomendowanej, na łączną kwotę 28,6 tys. zł.
(dowód: akta kontroli str. 46 - 50)

3.1.6. Wartość zakontraktowanych świadczeń ogółem i w przeliczeniu na jednego pacjenta

Wartość zawartych na 2013 r. umów na realizację świadczeń zdrowotnych ogółem¹¹ wyniosła 1.628.953,04 tys. zł, tj. o 83.231,58 tys. zł więcej niż w 2012 r. W przeliczeniu na jednego ubezpieczonego kwota ta wyniosła 1.249 zł i była wyższa od analogicznej wartości wyliczonej na 2012 r. o 61 zł (5,0%).

⁹ Do innej obowiązującej umowy z tym świadczeniodawcą. W treści aneksu zastrzeżono, że umowa w części obejmującej świadczenia w zakresie dermatologii i wenerologii ograniczona jest do okresu od 11-04-2013 r. do 31-12-2013 r.

¹⁰ Od 1-08-2013 do 31-12-2013

¹¹ Wg stanu na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych na koniec roku.

Najwyższa przeciętna kwota zakontraktowanych na 2013 r. umów w przeliczeniu na jednego ubezpieczonego dotyczyła rodzaju SZP – 757 zł, a następnie: ambulatoryjna opieka specjalistyczna - AOS „leczenie stomatologiczne” - STM, „opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień” PSY (od 54 do 64 zł/1 osobę ubezpieczoną). Najniższe umowy (od 2 – 4 zł/1 osobę ubezpieczoną) obejmowały lecznictwo uzdrowiskowe, pomoc doraźną i transport sanitarny jak również realizację profilaktycznych programów zdrowotnych. W porównaniu z odpowiednimi danymi za 2012 r., w przypadku 8 rodzajów świadczeń (w tym przede wszystkim POZ, AOS i SZP) wskaźniki te dla zakontraktowanych na 2013 r. umów były wyższe (w przedziale od 1 do 46 zł/1 na osobę ubezpieczoną). W pozostałych rodzajach świadczeń (oprócz ratownictwa medycznego, gdzie wskaźnik ten był o 2 zł niższy) podmiotowa wartość świadczeń była na tym samym poziomie, co w 2012 r.

(dowód: akta kontroli str. 5 i 15 - 38)

3.1.7. Realizacja świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych spoza regionu (migracja pacjentów)

Wydatki Oddziału poniesione z tytułu leczenia pacjentów spoza województwa warmińsko-mazurskiego w 2013 r. wyniosły 131.074,78 tys. zł i były o 11.500,14 tys. zł wyższe, niż w 2012 r. Koszty te stanowiły 5,9% wykonania wydatków na świadczenia medyczne zakontraktowane przez Oddział (w 2012 r. – 5,6%). Poniesiono je przede wszystkim (w 65,5%) na leczenie szpitalne.

Jednocześnie pacjentom będącym mieszkańcami woj. warmińsko-mazurskiego udzielano świadczeń zdrowotnych w placówkach medycznych posiadających kontrakty z innymi oddziałami NFZ. Wartość tych świadczeń w 2013 r. wyniosła 268.761,39 zł (15.192,47 tys. zł więcej, niż w 2012 r.). Podobnie jak w przypadku pacjentów spoza województwa, również pacjenci zamieszkujący województwo warmińsko-mazurskie w największym stopniu migrowali w celu leczenia szpitalnego (63,4% kosztów z tytułu migracji), a następnie w celu leczenia uzdrowiskowego (6,6%).

(dowód: akta kontroli str. 51 - 52)

3.1.8. Wszczynianie przez Oddział postępowań związanych z zawieraniem umów w poszczególnych rodzajach świadczeń

Oddział terminowo wszczął i zakończył postępowania o zawarcie umów na wykonanie świadczeń zdrowotnych w 2013 r. W przypadku 4 rodzajów świadczeń Oddział wszczął je 21 listopada 2012 r., a dla kolejnych 4 odpowiednio 22 i 30 listopada oraz 10 i 15 grudnia 2012 r. Rozstrzygnięcie pierwszego z postępowań (leczenie stomatologiczne) nastąpiło 13 grudnia 2012 r., a ostatniego (lecznictwo szpitalne) 31 grudnia 2012 r.

Renegocjacji umów na 2013 r. dokonano dla wszystkich rodzajów zakontraktowanych świadczeń i rozpoczęto je 22 października 2012 r. a zakończono 30 listopada 2012 r. (za wyjątkiem ZPO i POZ bez nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, które zakończono 31 grudnia 2012 r.).

(dowód: akta kontroli str. 53)

3.1.9. Funkcjonowanie systemu informatycznego w zakresie wspierania procesu kontraktowania świadczeń zdrowotnych

Wg naczelnika Wydziału Informatyki Oddziału, w trakcie kontraktowania świadczeń na rok. 2013, tj. od 21 listopada do 31 grudnia 2012 r. wystąpiły problemy oraz „drobne niedogodności” w funkcjonowaniu wykorzystywanego przez oddział, w tym celu systemu informatycznego. Były nimi:

- niewidoczne dodane turnusy w zakresie rehabilitacji w zakładce „lista zakresy świadczeń w planie turnusów”,
- brak możliwości wprowadzenia spacji na końcu nazwy podmiotu,
- błąd pojawiający się w trakcie zatwierdzenia wniosku o zmianę danych konta bankowego,
- błąd pobierania umowy w formacie UXM,
- nie kopiowanie danych o koncie bankowym przy kopiowaniu umów,
- błąd przy zapisywaniu umowy ZPO, wówczas, gdy zawierała więcej, niż jeden zakres świadczenia.

O błędach tych raportowano do Centrali NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 54)

3.1.10. Niezawieranie przez Oddział umów na świadczenia zdrowotne z niektórymi oferentami

W procesie kontraktowania świadczeń zdrowotnych na 2013 r. Oddział nie podpisał umów łącznie z 14 oferentami. Dotyczyło to tylko przypadków, gdy oferenci:

- nie spełniali warunków określonych art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej¹² (wymogów tych nie spełniło 5 oferentów, w tym u 3 spośród nich ustalono to w wyniku przeprowadzonych kontroli),
- przedstawili mniej korzystne oferty w stosunku do innych oferentów, zajmując dalsze miejsca w rankingach (9 oferentów).

(dowód: akta kontroli str. 12)

Ocena częściowa

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

Opis stanu faktycznego

3.2. Zapewnienie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej

Zasada „zapewnienia dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej (...) stosownie do możliwości” była jedną z głównych zasad zawartych w opracowanym przez Oddział planie zakupu świadczeń na 2013 r.¹³

Z dokumentacji Oddziału, dotyczącej dostępności wybranych¹⁴ świadczeń zdrowotnych, wynika, że na obszarze całego województwa, w wymiarze odpowiadającym w pełni ww. planowi zakupów, zakontraktowano świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej i leczenia stomatologicznego. Nie we wszystkich natomiast powiatach zakontraktowano świadczenia w zakresie, co powodowało, że pacjenci nie mieli do nich bezpośredniego dostępu¹⁵. Dotyczyło to:

- świadczeń udzielanych w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu. Placówki realizujące świadczenia w ramach programu zlokalizowane były w 10 powiatach (na 21¹⁶), a liczba miejsc udzielania tego świadczenia wynosiła 23 (o 2 więcej, niż w 2012 r.);
- poradnictwa endokrynologicznego (dla dorosłych i dla dzieci). W 2013 r. było łącznie 29 miejsc udzielania tych świadczeń (o 5 mniej niż w 2012 r.) i były one zlokalizowane terenie 15 powiatów (w 2012 r. na terenie 14 powiatów);
- rehabilitacji ogólnoustrojowej – świadczenie dostępne na terenie 16 powiatów (o 4 powiaty i 4 miejsca udzielania świadczenia więcej, niż w 2012 r.);

¹² Dane promulgacyjne - przypis nr 4

¹³ Patrz opis str. 3

¹⁴ Szczegółową analizą objęto następujące rodzaje i zakresy świadczeń: POZ, leczenie stomatologiczne, programy profilaktyczne, endokrynologie, rehabilitację ogólnoustrojową, pulmonologiczną oraz wzroku.

¹⁵ Jako bezpośredni dostęp rozumie się tu dostęp do miejsca świadczenia znajdującego się na terenie powiatu.

¹⁶ Wliczając w to miasta na prawach powiatów (Olsztyn, Elbląg)

- rehabilitacji pulmonologicznej oraz rehabilitacji wzroku – po 2 powiaty i 2 miejsca udzielania świadczeń (bez zmian w stosunku do 2012 r.).

Przyczynami niezakontraktowania tych świadczeń był przede wszystkim brak ofert ze strony świadczeniodawców (brak specjalistów) oraz brak przepisów wykonawczych regulujących zawieranie umów na realizację programów zdrowotnych.

dowód: akta kontroli str. 6, 41 – 42, 44 – 45, 61 - 64)

3.2.1. Kontraktowanie brakujących świadczeń

W celu zakontraktowania „brakujących”¹⁷ - wg stanu na początek 2013 r. - świadczeń opieki zdrowotnej na terenie poszczególnych gmin, powiatów oraz całego województwa Oddział przeprowadził 44 postępowania. Ponadto przeprowadzono 32 postępowania, z których 22 miały charakter uzupełniający, ze względu na potrzeby ujawnione już w trakcie 2013 r., a których bezpośrednim celem była poprawa dostępności do świadczeń.

Postępowania w powyższym zakresie pozwoliły wprowadzić poprawić dostępność świadczeń zdrowotnych, ustalono jednak, że w 2013 r. w niektórych powiatach i gminach województwa brak było bezpośredniego dostępu do następujących świadczeń (w nawiasach obszary, gdzie brak było bezpośredniego dostępu):

- a) ambulatoryjna opieka specjalistyczna:
 - geriatria (całe województwo),
 - dermatologia i wenerologia oraz otolaryngologia (powiat gołdapski),
 - medycyna sportowa (powiat nowomiejski),
 - okulistyka (gmina Lubawa),
 - kardiologia i gastroenterologia dla dzieci (Elbląg),
 - gastroscopia (powiat działdowski),
- b) leczenie stomatologiczne (świadczenia stomatologiczne dla pacjentów z grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych, w tym chorych na AIDS – całe województwo),
- c) opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień
 - leczenie nerwic (powiat ełcki),
 - leczenie uzależnień (m. Olsztyn),
- d) leczenie szpitalne (okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia, powiat olecki) – w tym zakresie nie przeprowadzono postępowania ze względu na to, iż Oddział posiadał wiedzę o braku podmiotu mogącego wykonywać te świadczenia na terenie powiatu oleckiego).

(dowód: akta kontroli str. 39)

3.2.2. Zaprzestawanie udzielania świadczeń przez świadczeniodawców – informowanie o tym pacjentów

W 2013 r. nastąpiło rozwiązanie ogółem 34 umów na świadczenia zdrowotne (w 2012 r. rozwiązano o 50 umów więcej). Dotyczyło to przede wszystkim AOS (10 rozwiązanych umów) oraz POZ i leczenia stomatologicznego (po 6 rozwiązanych umów). Umowy te w większości (20 umów) zostały rozwiązane na skutek wypowiedzenia ich przez Oddział, a pozostałe 14 rozwiązano na wniosek świadczeniodawcy lub na skutek ustania umów z przyczyn niezależnych od stron, np. na skutek śmierci świadczeniodawcy.

Głównymi przyczynami rozwiązania umów były zmiany form organizacyjnych świadczeniodawców lub przejęcie praw i obowiązków innego świadczeniodawcy.

¹⁷ W stosunku do Planu Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych na 2013 r.

Ponadto, z powodu niedotrzymania warunków umów i ujawnienia nieprawidłowości, rozwiązano 4 umowy.

Podstawową formą prawną rozwiązania umów było porozumienie stron (26 umów). Bez zachowania okresu wypowiedzenia rozwiązano 6 umów. Z analizy dokumentacji dotyczącej umów rozwiązanych bez wypowiedzenia wynika, że Oddział we wszystkich tych przypadkach rozwiązał je na skutek stwierdzonych w wyniku kontroli nieprawidłowości, zachowując wymagane terminy i formę powiadomień.

We wszystkich przypadkach wypowiedzenia umów, oprócz tych, które wynikały z dokonanej cesji, następowało zaprzestanie udzielania zakontraktowanych świadczeń zdrowotnych. W związku z tym każdorazowo obligowano świadczeniodawców do poinformowania o tym fakcie pacjentów. Ponadto podejmowano w tym zakresie następujące działania:

- niezwłocznie ogłaszano postępowania konkursowe w celu wyłonienia nowych świadczeniodawców,
- po rozstrzygnięciu konkursów uzupełniano wykaz świadczeniodawców,
- analizowano dostępność wybranych świadczeń (z zakresu medycyny szkolnej, lekarza POZ oraz specjalisty) w celu wykorzystania możliwości potencjalnych innych świadczeniodawców w przypadku zaprzestania działalności przez dotychczasowego świadczeniodawcę (rozszerzenie zawartych umów, zatrudnienie personelu medycznego podmiotu, który zakończył działalność),
- skierowano pacjentów z rozpoczętymi procedurami medycznymi w ramach fizjoterapii do innych podmiotów,

(dowód: akta kontroli str. 55)

3.2.3. Realizacja świadczeń z zakresu chemioterapii

Na 2013 r. Oddział zawarł ze świadczeniodawcami 9 umów¹⁸ na realizację świadczeń z zakresu chemioterapii, których łączna wartość (z uwzględnieniem aneksowania wg stanu na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych) wyniosła 33.971,38 tys. zł. Wartość ta była o 528,5 tys. zł (o 1,6%) wyższa, niż wartość umów zawartych na 2012 r. Faktycznie zrealizowana wartość tego świadczenia była o 3.036,4 tys. zł wyższa od wartości zakontraktowanej (nie było przypadków „niedowykonania” umów). W porównaniu do wykonania w roku 2012 r. było to mniej o 1.910,89 tys. zł (5,0%). Liczba pacjentów, którym zaaplikowano chemioterapię wyniosła 4.059 osoby i była niższa o 161 osób, niż w 2012 r.

Przekroczenia wartości zawartych umów w zakresie chemioterapii w ramach leczenia szpitalnego w 2013 r. dotyczyły głównie kosztów pobytu (przekroczenie o 3.033,4 tys. zł), w mniejszym stopniu kosztów leków (2,96 tys. zł).

W 2013 r., liczba pacjentów leczonych w trybie umowy SZP3 „chemioterapia” wyniosła 4.212 osób i była wyższa od liczby takich pacjentów leczonych w 2012 r. (4059). Średni rzeczywisty czas oczekiwania pacjentów na zastosowanie tej terapii wynosił w 2012 r. 4 dni, a w 2013 r. wzrósł do 9 dni. Na koniec 2012 liczba oczekujących wynosiła 22 osoby, natomiast na koniec 2013 r. 182 osoby.

W 2013 r. istotnie, tj. o 1.738,6 tys. zł zwiększono wartość kontraktów na chemioterapię realizowaną w trybie hospitalizacji. Wg wyjaśnień zastępcy dyrektora Oddziału nie opłacono jednak w pełni leczenia w trybie hospitalizacji, wychodząc m.in. z założenia, że „duża część leków stosowanych w chemioterapii istnieje w postaci tabletek”. W Oddziale uważa się, że „znaczna część pobytów powinna być

¹⁸ W 2012 roku zawarto 16 umów lecz były one zawierane na dwa odrębne okresy rozliczeniowe: I-VI i VII-XII

realizowana w trybie ambulatoryjnym lub jednodniowym, a tylko niewielka część w trybie hospitalizacji”.

(dowód: akta kontroli str. 56 – 59 i 68)

3.2.4. Czas oczekiwania na wybrane rodzaje świadczeń i kolejki oczekujących

W wybranych do kontroli rodzajów świadczeń zdrowotnych liczba pacjentów oczekujących była zróżnicowana i wg stanu na koniec 2013 r. wynosiła od 4 osób (oddziały nefrologiczne) do 17.253 osób (poradnie okulistyczne). Czas oczekiwania na uzyskanie świadczenia (mierzony medianą) w 2012 r. wynosił od 9 (oddziały kardiologiczne) do 99 dni (oddziały otolaryngologiczne), natomiast w 2013 r. odpowiednio od 21 do 131 dni.

Spośród dziewięciu przyjętych do badań rodzajów komórek organizacyjnych z zakresu opieki medycznej, udzielających świadczeń z zakresu SZP oraz AOS¹⁹, czas oczekiwania uległ wydłużeniu w sześciu z nich.

Zwraca uwagę zwłaszcza fakt, iż istotne wydłużenie czasu oczekiwania na świadczenia medyczne nastąpiło również w tych jednostkach medycznych, w których i tak był on najdłuższy (poradnie kardiologiczne i oddziały otolaryngologiczne). I tak czas oczekiwania na poradę kardiologiczną - na którą ¼ pacjentów (kwartył 3) oczekiwała aż 166 dni (najdłużej spośród analizowanych świadczeń) – wydłużył się o 29 dni w porównaniu z rokiem poprzednim. Z przedłożonych przez Oddział danych wynika ponadto, że tylko 9% poradni kardiologicznych wykazało, że w 2013 r. żaden z pacjentów nie oczekiwał w kolejce do świadczenia.

Długi czas oczekiwania wystąpił też w przypadku świadczeń otolaryngologicznych w szpitalach (mediana w 2013 r. – 131 dni, trzeci kwartył - 138 dni), przy jednoczesnym braku świadczeniodawców, którzy realizowaliby to świadczenie bez kolejek.

Liczba świadczeniodawców zobowiązanych w 2013 r. do składania sprawozdań z czasu oczekiwania na udzielane przez nich świadczenia medyczne wynosiła średnio 820 podmiotów (od 817 w III kwartale do 823 w I kwartale). Sprawozdania takie złożyło faktycznie od 815 (III kwartał) do 819 (I kwartał) świadczeniodawców (od 99,5 do 99,8% zobowiązanych).

W celu wyegzekwowania od świadczeniodawców obowiązku informowania Oddziału o listach oczekujących oraz weryfikacji przekazywanych danych na ten temat, Oddział podejmował działania doraźne w formie kontaktów telefonicznych ze świadczeniodawcami oraz przysyłania komunikatów poprzez System Zarządzania Obiegiem Informacji (SZOI). Podejmował też cyklicznie kontrole u świadczeniodawców. W 2013 r. przeprowadzono ogółem 9 takich kontroli. W ich wyniku, w dwóch przypadkach nałożono kary w łącznej wysokości 692,89 zł.

Z wyjaśnienia zastępcy dyrektora wynika, ponadto, iż Oddział posiadał szczegółowe dane dotyczące liczby oczekujących w kolejkach na świadczenia zdrowotne usystematyzowane w przekrojach czasowych, geograficznych i rodzajowych. Na podstawie danych pochodzących z obowiązkowej sprawozdawczości, przeprowadzonych kontroli oraz z wywiadów ze świadczeniodawcami zidentyfikowano przyczyny powodujące konieczność oczekiwania na niektóre ze świadczeń. Identyfikacja ta nie była jednak zwymiarowana, tj. ustalone najczęstsze przyczyny nie były jednak uzupełnione określeniem stopnia ich wpływu na

¹⁹ Do badań wybrano następujące komórki organizacyjne udzielające świadczeń: poradnie: okulistyczne, kardiologiczne, neurologiczne i urazowo-ortopedyczne oraz oddziały: chirurgii urazowo-ortopedycznej, otolaryngologiczne, kardiologiczne, neurologiczne i nefrologiczne.

powstawanie kolejek oczekujących lub ich wydłużenie. Do najczęstszych przyczyn omawianego zjawiska, składający wyjaśnienie zaliczył m.in.:

a) przyczyny o charakterze organizacyjnym:

- „nie wykreślanie” z list oczekujących, pacjentów którym już udzielono świadczeń,
- wielokrotne wpisywanie na listy tych samych pacjentów,
- przyjmowanie pacjentów z pominięciem listy oczekujących (wykazywanie takich przypadków, jako wynikających z pogorszenia stanu zdrowia),

b) przyczyny z winy pacjentów:

- niezgłaszanie się na zabieg (świadczenie) i niepowiadamianie świadczeniodawcy o rezygnacji z miejsca na liście oczekujących,
- wizyty pacjentów już zdiagnozowanych u specjalistów, zamiast u lekarzy POZ,

c) przyczyny o charakterze ekonomicznym:

- „coraz większe” braki lekarzy specjalistów, szczególnie w „mniejszych powiatach”,
- „zbyt niskie” kontrakty na poszczególne świadczenia wynikające z braku środków finansowych będących w dyspozycji Oddziału (wg. składającego wyjaśnienie Oddział zajmował przedostatnie miejsce w kraju ze względu na kwotę świadczeń przypadającą na jednego ubezpieczonego,

d) przyczyny systemowe:

- duże obciążenie czasowe [lekarzy specjalistów] „wydawaniem różnorodnych opinii, zaświadczeń i orzeczeń, co – wg składającego wyjaśnienie – mogłoby być realizowane przez lekarzy POZ.

Oddział podejmował m.in. następujące doraźne działania zmierzające do uporządkowania spraw związanych z koniecznością oczekiwania na świadczenia zdrowotne:

- wysłano komunikaty przypominające o zasadach prowadzenia list oczekujących,
- weryfikowano dane o listach oczekujących przekazywanych przez świadczeniodawców, m.in. przez porównanie czasu oczekiwania wykazywanego w sprawozdaniach z faktycznym czasem ustalonym na miejscu.

(dowód: akta kontroli str. 64 - 99)

3.2.5. Identyfikacja przez Oddział przypadków nakładania się czasu pracy personelu medycznego świadczącego usługi kontraktowe

Z danych pozyskanych z systemu informatycznego Oddziału wynika, że wg stanu na 31 grudnia 2013 r. było 8 przypadków nakładania się czasu pracy personelu medycznego realizującego świadczenia w ramach kilku kontraktów zawartych NFZ. Po przeprowadzeniu analiz w oparciu o dane z dokumentacji źródłowej ustalono, że w 2 przypadkach identyfikacja przez system była nieprawidłowa. Nie uwzględniała ona bowiem faktu rozwiązania niektórych kontraktów. W pozostałych 6 przypadkach nakładanie czasu pracy miało rzeczywiście miejsce. Przypadki te polegały na tym, iż w niektórych dniach tygodnia harmonogramy pracy lekarzy pokrywały się w czasie do dwóch godzin. Po dokonaniu rozpoznania uznano, że konflikty te nie wpłynęły na ograniczenie liczby wykonanych świadczeń, a zatem nie naruszały warunków umów w tym zakresie.

Wg stanu na 1 stycznia 2014 r. wszyscy świadczeniodawcy, o których mowa wyżej dokonali zmian harmonogramów pracy lekarzy, w sposób wykluczający nakładanie się ich czasu pracy.

Badanie kontrolne dotyczące harmonogramów czasu pracy²⁰ 10 lekarzy specjalistów w zakresie rehabilitacji (spośród 70 ogółem wykazanych w systemie informatycznym Oddziału wg stanu na kwiecień 2014), wybranych w oparciu o kryterium największej liczby miejsc²¹, w których poszczególni lekarze byli zatrudnieni, wykazało, że:

- W żadnym przypadku godziny pracy lekarzy wykonujących świadczenia w różnych miejscach nie pokrywały się,
- Harmonogramy pracy trzech lekarzy, co najmniej w jednym dniu tygodnia, były styczne czasowo (godzina rozpoczęcia pracy w jednym miejscu pokrywała się z godziną jej zakończenia w innym), przy czym o ile w przypadku dwóch z tych lekarzy miejsca udzielania świadczeń usytuowane były w tych samych budynkach, to w przypadku jednego lekarza styczne harmonogramy dotyczyły miejsc oddalonych od siebie o ok. 30 km (Elk i Orzysz). Z danych sprawozdawczych o oczekiwaniu na zabieg w jednym z ww. miejsc (Samodzielny Publiczny Miejsko – Gminny Ośrodek Zdrowia w Orzyszu) wynika, że średni rzeczywisty czas oczekiwania (wg stanu w maju 2014 r.) na zabieg dla stanów stabilnych wynosił 30 dni, stany pilne były natomiast leczone bez oczekiwania.
- Dwóch lekarzy, co najmniej w jednym dniu tygodnia, udzielało świadczeń w różnych miejscowościach, a przerwa między określonym w harmonogramach czasem zakończenia usługi w jednym podmiocie i rozpoczęciem jej w kolejnym podmiocie wynosiła 30 minut. Dotyczyło to następujących przypadków:
 - Lekarz: [9767563]²², udzielający świadczeń zdrowotnych w Elblągu i Braniewie realizował je dysponując 30 minutową przerwą na przemieszczenie się między tymi miejscowościami. Odległość między Elblągiem i Braniewem (wg Google Maps²³) wynosi 47 km.
 - Lekarz: [7771319] udzielający świadczeń zdrowotnych w Ostródzie i Olsztynie realizował je dysponując również 30 minutową przerwą na przemieszczenie się między tymi miejscowościami. Odległość między Ostródą i Olsztynem (wg źródła j.w.) wynosi ponad 39 km.Ustalono ponadto, że w przypadku jednego lekarza, udzielającego świadczeń w dwóch oddalonych miejscach w Olsztynie (ul. Dworcowa i Al. Warszawska), czas między zakończeniem świadczeń w jednym miejscu a rozpoczęciem ich w drugim wynosił 10 minut.

W odpowiedzi na pytania kontrolerów: „czy Oddział identyfikował przypadki potencjalnych konfliktów czasowych w czasie pracy lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach umów z NFZ, innych niż polegających na nakładaniu się czasu pracy (styczność czasu pracy oraz krótkie przerwy między świadczeniami udzielanymi w różnych miejscach), czy przypadki takie traktowano jako równoważne nakładaniu się czasu pracy oraz czy Oddział przeciwdziałał takim przypadkom”, zastępca dyrektora Oddziału ds. medycznych wyjaśnił, że:

- „żadne aktualnie obowiązujące przepisy (...) nie nakazują weryfikacji harmonogramów stycznych, a jedynie nakładających się (...),
- „W sytuacji, w której zdaniem kontrolującego przerwa między dwoma zgłoszonymi harmonogramami pracy była zbyt krótka, jest to twierdzenie subiektywne, gdyż zdaniem Oddziału lekarz miał czas na przemieszczenie się do innego zakładu pracy biorąc pod uwagę odległość jaką miał do pokonania.

²⁰ Załącznik nr 2 do umów o świadczenia zdrowotne.

²¹ Dotyczy placówek medycznych będących podmiotami umów z Oddziałem na świadczenie usług zdrowotnych.

²² Identyfikator – nr prawa wykonywania zawodu

²³ <https://maps.google.com/>

Wobec czego Oddział nie traktował ich jako równoważne nakładaniu się czasu pracy” Udzielający wyjaśnienie podał ponadto, że wynikało to z przekonania, iż „restrykcyjne podejście Oddziału względem narzucanego czasu pozwalającego na swobodne przemieszczanie się między poszczególnymi miejscowościami (...) mogłoby być powodem do zamykania wielu poradni i znacznego utrudnienia i tak już niełatwego dostępu do świadczeń (...);

- Potencjalne konflikty w zakresie czasu pracy lekarzy były przez Oddział weryfikowane na etapie podpisywania umów oraz w sytuacji wnioskowania przez świadczeniodawców zmian w składzie personelu medycznego realizującego świadczenia medyczne. Co miesiąc (po 25-tym) Oddział, po weryfikacji m.in. harmonogramów aneksował wcześniej podpisane umowy (w 2013 r. sporządzono 2.653 takich aneksów.

(dowód: akta kontroli str.118, 285 - 296)

3.2.6. Zasady płatności za świadczenia i kontrola realizacji umów

W 2013 r. Oddział przeprowadził ogółem 144 kontrole, których celem było „sprawdzenie prawidłowości realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz prawidłowości ordynacji lekarskich na podstawie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz umów upoważniających do wystawiania recept na leki środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne refundowane ze środków publicznych (...)”.

W poszczególnych rodzajach świadczeń przeprowadzono następującą ilość kontroli: POZ-12, AOS-18, SZP-39, PSY-3, REH-8, OPH-1, PRO-1, UZD-2, SOK-3-RTM2, STM-10, ZPO-8 i ORD-37. Kontrole te obejmowały sprawdzenie prawidłowości realizacji umów oraz preskrypcji i realizacji recept.

Szczególną uwagę zwracano na opis postępowań w dokumentacji medycznej z wnioskami o wypłatę wynagrodzeń za wykonanie świadczeń udzielonych w stanie nagłym. Przeprowadzono ogółem 6 kontrole zasadności świadczeń przedstawionych do rozliczenia jako „ratujących życie”, udzielonych świadczeniobiorcom w trybie art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Spośród 304 świadczeń przedstawionych do rozliczenia w tym trybie nie uznano zasadności 22.

Kontrole przeprowadzone u siedmiu świadczeniodawców wykazały niezgodności między faktycznym wyposażeniem w sprzęt medyczny niezbędny do wykonania zakontraktowanych świadczeń, a wyposażeniem deklarowanym, tj. wyszczególnionym w stosownych załącznikach do umów. Żadna z kontroli nie wykazała natomiast takiej niezgodności w odniesieniu do kwalifikacji personelu medycznego.

W ramach kontroli świadczeniodawców z którymi podpisano najwyższe kwotowo umowy na wykonanie świadczeń w rodzaju „podstawowa opieka zdrowotna” i „leczenie szpitalne” skontrolowano jednego świadczeniodawcę, u którego nie stwierdzono nieprawidłowości.

Ww. 114 kontrole wykazały, że najczęściej występującymi nieprawidłowościami były:

- nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej (nieprawidłowość tę stwierdzono w 57,8% postępowań kontrolnych),
- nierzetelne przekazywanie danych do rozliczenia,
- nieprawidłowa kwalifikacja udzielonych świadczeń zdrowotnych,
- brak aktualizacji danych zawartych w załączniku nr 2 do zawartych umów (Harmonogram-zasoby).

Jako przyczyny ustalonych nieprawidłowości wskazano „słabą” znajomość przepisów regulujących warunki realizacji świadczeń oraz „niski” poziom egzekwowania tych przepisów przez kierowników kontrolowanych podmiotów oraz

osób bezpośrednio odpowiedzialnych za wykonanie konkretnych świadczeń [nieskuteczny nadzór].

W wyniku kontroli przeprowadzonych w 2013 r. i zakończonych do dnia 9 kwietnia 2014 r.²⁴:

- „zakwestionowano” świadczenia zdrowotne na kwotę 372,0 tys. zł oraz refundację cen leków w wysokości 12,13 tys. zł,
- nałożono kary umowne w wysokości 338,5 tys. zł,
- rozwiązano dwie umowy ze świadczeniodawcami bez zachowania okresu wypowiedzenia,
- skierowano do organów ścigania trzy zawiadomienia o podejrzeniu popełnienia przestępstwa.

Oprócz postępowań kontrolnych Oddział przeprowadził w 2013 r. 183 wizytacji, w wyniku których również stwierdzono nieprawidłowości, polegające głównie na tzw. „nieaktualizowaniu potencjału wykonawczego” (świadczenia były udzielane przez niezgłoszony do umów personel medyczny) oraz nakładaniu się czasu pracy w różnych miejscach (w szczególności w różnych, organizacyjnie wyodrębnionych, placówkach medycznych należących do tego samego świadczeniodawcy). Zakwestionowane w wyniku tych nieprawidłowości świadczenia medyczne wyniosły 2,0 tys. zł, a nałożone kary umowne – 41,9 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 119 - 160)

3.2.7. Monitorowanie realizacji świadczeń względem upływu czasu

Na podstawie analizy dokumentacji dotyczącej realizacji umów na świadczenia medyczne przez 6 wybranych do analizy podmiotów²⁵, ustalono, że w trakcie 2013 r. Oddział dokonał 44 aneksowań umów ze skutkiem finansowym. I tak:

- w jednym przypadku, po stwierdzeniu niewykonania kontraktu z zakresu chirurgii dziecięcej w I i II kwartale 2013 r., Oddział dokonał zmniejszenia wartości umowy zawartej ze świadczeniodawcą na kwotę 206,4 tys. zł,
- w czterech przypadkach, po stwierdzeniu wzrostu zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne (m.in. endokrynologia, badania endoskopowe, chirurgia szczękowo-twarzowa), z inicjatywy Oddziału dokonano zwiększenia wartości umów na łączną kwotę 631,7 tys. zł.
- w pozostałych przypadkach aneksowanie umów następowało na wniosek świadczeniodawców, po sprawdzeniu zasadności zwiększenia świadczeń przez Oddział. Powodowało to głównie zmiany w strukturze umów bez zmiany ich wartości, a w 3 przypadkach skutkowało zwiększeniem wartości umów na łączną kwotę 5.579,5 tys. zł. W największym stopniu (wzrost wartości umowy 5.223,1 tys. zł) dotyczyło to konieczności zwiększenia świadczeń z zakresu teleradioterapii, tak ze strony pacjentów z obszaru działania Oddziału, jak też pacjentów migrujących.

Zmiana wymiaru finansowego umów była m.in. wynikiem monitorowania przez Oddział realizacji umów przez porównanie upływu czasu i realizacji harmonogramu rzeczowo-finansowego. .

(dowód: akta kontroli str. 161 - 163)

3.2.8 Weryfikacja danych przedkładanych przez świadczeniodawców – kontrole u świadczeniodawców

²⁴ Dane na dzień kontroli NIK

²⁵ Dobór podmiotów do analizy, patrz str. 4 niniejszego wystąpienia.

Dane przekazywane przez świadczeniodawców w raportach statystycznych były w Oddziale weryfikowane z wykorzystaniem systemu informatycznego. Z analizy przedłożonej dokumentacji wynika, że:

- w 2013 r. weryfikacja odbywała się w oparciu o procedury określone w zarządzeniu wewnętrznym²⁶ dyrektora Oddziału, w treści, którego dokonano ujednolicenia zapisów „procesu definiowania i zarządzania parametrami weryfikacji komunikatów XML przekazywanych przez świadczeniodawców o zrealizowanych świadczeniach i zrefundowanych lekach” z centralnymi procedurami weryfikacji,
- parametry walidacji były definiowane przez Centralę NFZ (przy współudziale zespołu Walidacji i Weryfikacji składającego się z pracowników Oddziału),
- proces weryfikacji przebiegał automatycznie,
- świadczenia błędnie opisane (określone) nie były importowane do systemu informatycznego,
- świadczenia oznaczone w procesie weryfikacji jako błędne były poprawiane przez świadczeniodawcę (błędy koincydencji²⁷ były wyjaśniane przez pracownika Oddziału).

W wyniku prac Zespołu Walidacji i Weryfikacji w Centrali NFZ stworzono jednolity dla wszystkich oddziałów system procesów walidacji i weryfikacji. System ten umożliwiał m.in.:

- katalogowanie sprawdzeń,
- import plików parametryzujących procesy walidacji i weryfikacji do systemów oddziałowych,
- zgłaszanie nieprawidłowości w działaniu procedur,
- testowanie sprawdzeń przez prowadzenie procesów pilotażowych.

Nie wszystkie zdefiniowane przez zespół Walidacji i Weryfikacji sprawdzenia zostały do dnia kontroli wdrożone. Dlatego też w Oddziale wykorzystywano też procedury oddziałowe, wspomagające działanie procedury centralnej (po uruchomieniu procedur centralnych procedury oddziałowe zostaną wyłączone).

Pracownicy Oddziału brali czynny udział w pracach zespołu Walidacji i Weryfikacji, zgłaszając 9 problemów technicznych, które ograniczały lub spowalniały funkcjonowanie systemu. Zwrócono uwagę m.in. na potrzebę:

- przekazywania przez świadczeniodawców do Oddziału wykazu wszystkich zastosowanych procedur medycznych wykonywanych na oddziałach intensywnej terapii (OIT) oraz w szpitalnych oddziałach ratunkowych (SOR),
- stworzenia w systemie macierzy wyjątków w związku ze zgodą Prezesa NFZ na uznawanie koincydencji (jednoczesnego korzystania) świadczeń POZ w trakcie pobytu na leczeniu szpitalnym (pobyt dzienny),
- rozszerzenia sprawdzenia nakładania się świadczeń w AOS i kompleksowej opiece specjalistycznej wg rozpoznania głównego, na innych świadczeniodawców nie będących realizatorem kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (KAOS).

Szczególne znaczenie przykładano stworzeniu możliwości szybszego rozliczania ze świadczeniodawcami w przypadkach uznawanej przez NFZ koincydencji świadczeń. Dotychczas współwystępowanie takich świadczeń uznawane było przez system, jako błąd i wymagało dokonania weryfikacji w oparciu o dokumentację źródłową, co zdaniem Oddziału wydłużyło okresy rozliczeń. Dotyczy to także koincydencji świadczeń wykonywanych przez podmioty udzielające je na obszarze więcej, niż

²⁶ Zarządzenie wewnętrzne nr 52/2010 Dyrektora Oddziału z dnia 26 kwietnia 2010 r.

²⁷ „Jednoczesne wystąpienie kilku zjawisk lub zdarzeń” (Słownik Języka Polskiego PWN)

jeden oddział NFZ. Z oświadczenia kierownika działu monitorowania, analiz i planowania świadczeń w Oddziale wynika, że „wprowadzenie macierzy wyjątków w procedurze weryfikacji, tj. rozpoznań Z71.0 i Z76.0 zmniejszy liczbę koincydencji i zmniejszy zapotrzebowanie na czas pracy operatorów procesu”.

(dowód: akta kontroli str. 164 - 171)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Kontrola NIK wykazała przypadki lekarzy zatrudnionych w ramach kilku kontraktów, w których godziny rozpoczęcia lub zakończenia pracy, określone w harmonogramach były styczne ze sobą lub przerwa między zakończeniem realizacji świadczenia w jednym podmiocie, a rozpoczęciem w innym była na tyle krótka, że nie gwarantowała wykonania świadczenia zgodnie z harmonogramem. NFZ również powinien podjąć działania w celu identyfikacji takich przypadków. Przestrzeganie przez lekarzy harmonogramów udzielania świadczeń jest jednym z istotnych obowiązków lekarzy wynikającym z zawartych umów z NFZ.

Ocena częściowa

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

3.3. Opracowanie i realizacja planu finansowego Oddziału

Opis stanu
faktycznego

Podstawowymi przesłankami dla opracowania przez Oddział, projektu planu finansowego na 2013 r. w zakresie zakupu świadczeń zdrowotnych były:

- ocena stanu zdrowia populacji województwa warmińsko-mazurskiego,
- zasoby (liczba jednostek udzielających świadczeń zdrowotnych, stan kadry - głównie lekarskiej oraz wyposażenie w sprzęt medyczny),
- wysokość nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej w województwie warmińsko-mazurskiego w porównaniu do innych województw.

Ustalając oczekiwany poziom finansowania opieki medycznej założono, że każdy potencjalny pacjent powinien mieć „porównywalny lub identyczny dostęp do świadczeń jak najbliższej miejsca zamieszkania”.

Uwzględniając wytyczne Centrali NFZ oraz:

- poziom nieopłaconych świadczeń w 2011 r.,
- czas kolejek na endoprotezoplastykę i zaćmę,
- kolejki oczekujących w poradniach specjalistycznych,
- potrzeby rozwijającego się Wydziału Nauk Medycznych UWM.
- poziom realizacji świadczeń po 5 miesiącach przekraczający wysokość planu o 55.229 tys. zł,

oszacowano że wydatki na zakup świadczeń zdrowotnych w 2013 r. powinny wynieść 2.263.545,00 tys. zł, tj. o 120.900 tys. zł więcej, niż w planie na 2012 r. Koszty pozostałych pozycji planu finansowego Oddziału w 2013 r. oszacowano w następującej wysokości:

- realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego – 91.856,00 tys. zł,
- koszty administracyjne – 19.035,00 tys. zł,
- pozostałe koszty – 39.642,00 tys. zł,
- koszty operacji finansowych w wysokości – 2 tys. zł.

Z dokumentacji dotyczącej szacowania przez Oddział poszczególnych pozycji projektu planu finansowego wynika, że zgodnie z założeniami określonymi przez Prezesa NFZ, dokonano podziału środków na koszty świadczeń zdrowotnych uwzględniając:

- zachowanie dotychczasowej struktury rodzajowej planowanych kosztów świadczeń zdrowotnych,
- utrzymanie dotychczasowych zasad kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej,

- skutki projektowanych przez Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej zmian warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych rodzajach świadczeń zdrowotnych,
- zabezpieczenie środków na rezerwę z tytułu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych na poziomie prognozowanym przez Oddział na rok 2013,
- planowane koszty refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych ustalone z uwzględnieniem przepisów ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych²⁸.

W projekcie planu Oddziału zasygnalizowano narastającą ujemną migrację pacjentów z obszaru jego działania, której przyczyną jest niewystarczające finansowanie świadczeń możliwych do zrealizowania na terenie województwa (wg szacunków Oddziału dotyczy to aż 90% świadczeń udzielonych osobom migrującym). W tym kontekście zwrócono też uwagę na to, że Oddział w dalszym ciągu pozostawał na ostatnim miejscu w kraju pod względem wysokości nakładów na świadczenia medyczne w przeliczeniu na jednego ubezpieczonego (1.531,04 zł, wobec średniej krajowej wynoszącej 1.616,99 zł).

Opracowując plan finansowy na 2013 r. „stosownie do możliwości”, uwzględniono opinie konsultantów wojewódzkich w poszczególnych dziedzinach i specjalnościach medycznych (11 specjalistów). W większości konsultanci postulowali zwiększenie w planie nakładów na świadczenia w dziedzinach, które reprezentowali oraz zwiększenie finansowania świadczeń w celu poprawienia dostępności do nich (dotyczyło to większości świadczeń, w zakresie, których obserwowano zwiększoną migrację pacjentów).

Plan finansowy Oddziału na 2013 r. został pozytywnie zaopiniowany przez jego Radę, która wskazała jednak na „konieczność zwiększenia planowanych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej o kwotę 121.000 tys. zł”.

Zatwierdzony²⁹ w dniu 14 sierpnia 2012 r. przez Centralę NFZ plan finansowy Oddziału na 2013 r. (przed zmianami) wg podstawowych pozycji kształtował się następująco:

- zakup świadczeń zdrowotnych - 2.252.858 tys. zł,
- realizacja zadań zespołów ratownictwa medycznego – 91.856,00 tys. zł,
- koszty administracyjne – 19.035,00 tys. zł,
- pozostałe koszty – 39.642,00 tys. zł,
- koszty operacji finansowych – 2 tys. zł.

W stosunku do przedłożonego przez Oddział projektu planu, zmniejszono nakłady na świadczenia medyczne z 2.263.545 tys. zł do 2.252.858 tys. zł, tj. o 10.687 tys. zł (0,47%). Korekty zmniejszające objęły ogółem 8 pozycji tych świadczeń i wyniosły od 285 tys. zł dla świadczeń zdrowotnych kontraktowanych odrębnie do 5.333 tys. zł dla świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego. Poza wydatkami na świadczenia medyczne, pozostałe pozycje projektu planu finansowego Oddziału zostały zatwierdzone bez zmian.

W okresie od zatwierdzenia przez Prezesa NFZ planu finansowego Oddziału na 2013 r. do końca roku, dyrektor Oddziału dwunastokrotnie dokonał zmian (przesunięć) w planie finansowym, informując o tym uprzednio (zgodnie

²⁸ ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, ze zm.)

²⁹ przez Ministra Zdrowia, w porozumieniu z Ministrem Finansów

z wymogiem o art. 124 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej³⁰⁾ Prezesa Funduszu. Jako uzasadnienie tych zmian wskazał przede wszystkim na konieczność:

- zabezpieczenia finansowego dla świadczeń, które w 2012 r. wykonano w wartości większej od planowanej,
- zabezpieczenia finansowania zakupu niektórych leków w związku ze zmianami w zasadach ich refundacji,
- rozliczenia świadczeń ponadlimitowych zgłoszonych do postępowań sądowych,
- rozliczenia świadczeń wykonanych poza województwem (migracja ubezpieczonych),
- opłacenia na koniec roku świadczeń nielimitowanych oraz części świadczeń ponadlimitowych, w tym pilnych i ratujących życie.

Największych kwotowo przesunięć dokonano w następujących pozycjach planu finansowego:

a) zwiększenia

- B2.18 – koszty świadczeń opieki zdrowotnej z lat ubiegłych – osiem zmian - 13.050,0 tys. zł,
- B2.3.1.1 - leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte programami lekowymi, 3 zmiany, saldo zmian: 7.250 tys. zł,
- B2.3.1. - programy terapeutyczne - 4 zmiany, saldo zmian: 6.380 tys. zł

b) zmniejszenia

- B2.3.2. - chemioterapia, 3 zmiany, saldo zmian: -10.350 tys. zł,
- B2.3.2.1 - leki stosowane w chemioterapii, 3 zmiany, saldo zmian: -9.850 tys. zł.

Plan finansowy Oddziału na 2013 r. podlegał także zmianom wynikającym z decyzji Prezesa NFZ i zmian w obowiązujących przepisach. W efekcie plan ostateczny po zmianach, w odniesieniu do podstawowych pozycji kosztów, ukształtował się następująco:

- koszty realizacji zadań – 2.367.722,0 tys. zł, w tym koszty świadczeń zdrowotnych – 2.275.837,0 tys. zł oraz koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego – 91.885, 0 tys. zł,
- koszty administracyjne – 19.181,0 tys. zł,
- pozostałe koszty i koszty finansowe – 39.644,0 tys. zł,

Razem koszty – 2.426.547,0 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 193 – 194, 202 - 207)

Ocena cząstkowa

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

3.4. Wykonanie planu finansowego Oddziału w 2013 r.

3.4.1. Przychody

Opis stanu faktycznego

Przychody Oddziału w 2013 r. wyniosły ogółem 2.424.435,44 tys. zł, z czego 2.327.079,0 tys. zł (95,98%) stanowiła składka należna, 96.804,32 tys. zł (3,99%) dotacje z budżetu państwa – głównie na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego oraz 552,12 tys. zł (0,02%) pozostałe przychody i przychody finansowe. W porównaniu z 2012 r., przychody ogółem Oddziału zwiększyły się o 96.749,84 tys. zł, tj. o 4,2%.

(dowód: akta kontroli str. 172 - 201)

³⁰ patrz przypis nr 8

3.4.2. Stan środków pieniężnych oraz należności (krótko- i długoterminowych) oddziału Funduszu na początek i koniec 2012 r. i 2013 r.

Wg stanu na początek 2013 r. (bilans otwarcia) stan środków finansowych Oddziału wynosił 760,4 tys. zł, natomiast na koniec roku (bilans zamknięcia) - 1.191,8 tys. zł. Były to głównie środki zdeponowane na koncie bankowym – lokacie MF (1.180,1 tys. zł), a pozostałą część stanowiły środki zgromadzone na rachunku bankowym ZFŚS³¹ (11.7 tys. zł).

Należności ogółem Oddziału na początku 2013 r. wynosiły 11.928,7 tys. zł i zmniejszyły się na koniec roku o 1.899,7 tys. zł (o 15,9%). Były to przede wszystkim należności od świadczeniodawców z tytułu rozliczenia wykonania umów (9.974,9 tys. zł). Należności od aptek były niewielkie i wynosiły tylko 6,3 tys. zł.

W latach 2012 i 2013, Oddział nie posiadał należności długoterminowych.

(dowód: akta kontroli str. 208 - 209)

3.4.3. Windykacja należności Oddziału

Należności wymagalne z tytułu zakwestionowanych świadczeń zdrowotnych wynosiły na początku 2013 r. – 72,6 tys. zł. W trakcie roku Oddział złożył wnioski o windykację nienależnie opłacanych świadczeń zdrowotnych w kwocie 30,6 tys. zł (łącznie należności z tego tytułu do wyegzekwowania w 2013 r. wynosiły 103,2 tys. zł). Ponadto 7,8 tys. zł wynosiły windykowane zaległości od aptek z tytułu nienależnych refundacji za leki. Z kwot tych wyegzekwowano w 2013 r. tylko 4,6 tys. zł, a wskaźnik skuteczności windykacji wyniósł 4,2 % (żadnych należności nie odzyskano od aptek). Sytuacja ta oznacza znaczne pogorszenie skuteczności windykacji tego rodzaju zaległości w porównaniu do 2012 r. W roku tym wskaźnik skuteczności windykacji wyniósł, bowiem 72,3%, a od aptek odzyskano wszystkie zaległości (przy czym kwota zaległości od aptek była ponad 12-krotnie wyższa, niż w roku 2013). Wg złożonych wyjaśnień, o niskiej skuteczności windykacji zaległości od aptek w 2013 zdecydowała niemożność wyegzekwowania zaległości od dłużnika będącego w stanie upadłości likwidacyjnej (zaległości zostały przez Oddział zgłoszone do masy upadłości).

W 2013 r. skuteczność windykacji kar umownych od świadczeniodawców wynosiła 82,3% (przy łącznej kwocie należności z tego tytułu wynoszącej 98,4 tys. zł) i była wyższa niż w 2012 r. o ok. 16 punktów procentowych.

Z analizy dokumentacji postępowań windykacyjnych prowadzonych przez Oddział w 2013 r. wynika, że przyczyną niewielkiej skuteczności odzyskiwania zaległości były nieskuteczne (do dnia kontroli) postępowania prowadzone wobec dwu największych dłużników. Ich zobowiązania powstały na skutek zakwestionowania przez Oddział, w następstwie przeprowadzonych kontroli, części zgłoszonych do rozliczenia świadczeń zdrowotnych.

Postępowanie wobec pierwszego z dłużników było skutkiem kontroli przeprowadzonej przez Oddział i po rozpatrzeniu zażaleń dłużnika przez Prezesa NFZ wszczęto je w dniu 11 stycznia 2012 r. W następstwie tego wystawiono wezwanie do zapłaty na: 72,6 tys. zł (zwrot nienależnej opłaty świadczeń) oraz 8,4 tys. zł (z tytułu kary umownej), a wobec jego nieskuteczności Oddział wytoczył świadczeniodawcy powództwo sądowe na kwoty jw. Wyrokiem sądu okręgowego (z dnia 13 stycznia 2014 r.) powództwo to zostało w całości oddalone. Sąd I instancji uzasadnił to tym, iż brak formalnego wskazania przez uprawniony podmiot (tutaj szpital) konieczności zastosowania zakwestionowanego świadczenia medycznego (leczenia żywieniowego dietą przemysłową) nie powinno być podstawą do nie uznania go, jako kwalifikującego się do rozliczenia w świetle obowiązujących NFZ

³¹ Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych.

przepisów³². świadczenia nieuzasadnionego. jego rozliczenia. Zdaniem sądu, „kwalifikacja do leczenia to nie tylko, ani przede wszystkim dokument z jednym czy kilkoma zdaniem, ale w szczególności stan pacjenta (...)”. Oddział nie zgodził się m.in. z takim uzasadnieniem i w dniu 27 marca 2014 r. Oddział wniósł apelację od tego rozstrzygnięcia do sądu apelacyjnego.

W przypadku drugiego z dłużników, postępowanie windykacyjne będące skutkiem kontroli ze stycznia 2013, wszczęto w lutym 2013 r. Wobec niezastosowania się dłużnika do tego wezwania, w sierpniu 2013 r. Oddział wystąpił z przed sądownym wezwaniem do zapłaty. Wezwanie to, jak również kolejne działania windykacyjne Oddziału (uzyskanie nakazu zapłaty i klauzuli wykonalności oraz przedegzekucyjne wezwanie do zapłaty z 20.01.2014 r.) okazały się nie w pełni skuteczne (dokonano potrącenia 2,4 tys. zł, z łącznej kwoty zaległości 30,6 tys. zł). Wg stanu na dzień kontroli (05.05.2014 r.) prowadzone jest postępowanie egzekucyjne przez komornika sądowego.

(dowód: akta kontroli str. 210 - 228)

3.4.4. Koszty

Łączne wykonane koszty Oddziału w 2013 r. wyniosły 2.377.102,28 tys. zł i były one niższe w stosunku do planu po zmianach o 49.444,72 tys. zł (wskaźnik wykonania kosztów wyniósł 97,96%). W podstawowych pozycjach kosztów wykonanie planu przedstawiało się następująco:

- koszty realizacji zadań – 98,3%, z tego koszty świadczeń zdrowotnych – 98,2% (w tym POZ – 99,8%, a LSZ – 99,5%),
- koszt realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego – 100,
- koszty administracyjne – 90,1
- pozostałe koszty – 83,1.

(dowód: akta kontroli str. 229)

3.4.5. Finansowanie świadczeń ponadlimitowych

Dyrektor Oddziału wydał zarządzenie wewnętrzne³³, w którym określił zasady rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych w 2013 r. w drodze ugód oraz w procesie rocznego ich rozliczania³⁴. Podstawą opracowania powyższych zasad były wytyczne Prezesa NFZ z dnia 18 grudnia 2013 r. oraz 15 stycznia 2014 r. Celem zarządzenia było „ustalenie jednolitych i transparentnych zasad rozliczania świadczeń zrealizowanych przez świadczeniodawców w 2013 r.”

W powyższym zarządzeniu ustalono poziom (w odsetkach ceny umownej świadczenia) finansowania świadczeń w poszczególnych ich rodzajach. Wg wytycznych rozliczenia nadwykonań w pełnej wysokości cen umownych, obejmowały m.in.:

- Leczenie szpitalne (oddziały): neurologię A48, A51, kardiologię E23, E24, E25, E26, chirurgię naczyniową Q01, neurochirurgię Q31, Q32, Q33, otolaryngologię C05, C06, C07, endoprotezoplastykę, okulistykę – zaćmy, onkologię kliniczną, onkologię i hematologię, choroby zakaźne dzieci oraz świadczenia ratujące życie i pilne w pozostałych zakresach „uznanych przez Oddział” za istotne z uwzględnieniem kosztochłonności leczenia oraz charakteru leczonego pacjenta. W procesie ugodowym pełne finansowanie nadlimitowych

³² W szczególności rozporządzeń Ministra Zdrowia: z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 81, poz. 484) oraz z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 247, poz. 1819 ze zm.).

³³ Zarządzenie Nr 15/2014 Dyrektora Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 lutego 2014 r.

³⁴ Ten aspekt rozliczeń w zarządzeniu ujęty został w formie zmiany uprzedniego zarządzenia dyrektora Oddziału z dnia 23 stycznia 2014 r.

świadczeń obejmowało świadczeniodawców, którzy nie zrealizowali umowy w ujęciu globalnym (obejmującym wiele świadczeń) bez konieczności „zrzeczenia się”.

- Leczenie stomatologiczne: świadczenia protetyki stomatologicznej dla świadczeniobiorców po chirurgicznym leczeniu nowotworów w obrębie twarzoczaszki.
- Opieka paliatywna i hospicyjna: świadczenia poradni medycyny paliatywnej.
- Ambulatoryjna opieka specjalistyczna: badania endoskopowe przewodu pokarmowego – gastroscopia i kolonoskopia, monitorowanie chorych po przeszczepach i związanych z kwalifikacją do przeszczepów, świadczenia zabiegowe i wysokospecjalistyczne, z wyjątkiem świadczeń W12 oraz logopedycznych i ortoptycznych.
- Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie: dializoterapia otrzewnowa, hemodializoterapia.

Stopień finansowania świadczeń ponadlimitowych nie refundowanych w cenie umownej wynosił od 25 do 80%.

Świadczenia zrealizowane przez 247 świadczeniodawców ponad limity zawarte w umowach stanowiły w 2013 r. odpowiednik 9.612.941,5950 jednostek rozliczeniowych, a ich wartość umowna wyniosła 74.361,3 tys. zł (średnia cena jednostki 7,73 zł). W celu opłacenia tych świadczeń Oddział zawarł 285 ugód, które objęły 4.899.323,9480 jednostek o wartości 36.353,9 tys. zł. W wyniku zawartych umów Oddział zapłacił za świadczenia „ponadlimitowe” 21.817,8 tys. zł, co stanowiło 60,0% wartości umownej tych świadczeń. Nie rozliczono 4 713 617,6470 jednostek rozliczeniowych świadczeń na kwotę 38.007,1 tys. zł, tj. 51,1% ich wartości umownej.

Najwięcej ugód (141) zawarto w rodzaju AOS, natomiast ugody o największej uzgodnionej wartości (15.328,6 tys. zł) zawarto w rodzaju SZP (lecznictwo szpitalne).

W 2013 r. propozycji ugód z Oddziałem nie zaakceptowali dwaj świadczeniodawcy (szpitale). Jeden z nich nie przyjął propozycji zapłaty za badania tomografii komputerowej w wysokości 44% ceny umownej oczekując jej w wysokości 88,8%. Drugi z podmiotów nie zaakceptował propozycji zapłaty w wysokości 30% ceny umownej za świadczenia w rodzaju rehabilitacja lecznicza, w zakresie rehabilitacja neurologiczna, uzasadniając to wysokimi kosztami tych świadczeń.

W związku ze świadczeniami wykonanymi ponad ustalone limity, na sfinansowanie, których nie zostały zawarte ugody, wg stanu na koniec 2013 r. Oddział był pozwany ogółem w 63 sprawach, a zasądzona od Oddziału kwota do zapłaty wynosiła 60.217,1 tys. zł.

Wartość niewykonanych świadczeń (w stosunku do umownych limitów) wyniosła w 2013 r. 129,7 tys. zł i była o 733,4 tys. zł niższa, niż w 2012 r. Umowne limity świadczeń nie zostały osiągnięte. Przyczyną niewykonania limitów świadczeń, oprócz zaprzestania ich realizacji w wyniku rozwiązania umów bez wypowiedzenia (rehabilitacja lecznicza), ustania bytu prawnego świadczeniodawcy (leczenie stomatologiczne) oraz naturalnego „ruchu” pacjentów pomiędzy różnymi placówkami medycznymi, był – wg Oddziału - brak zgody niektórych świadczeniodawców na uwolnienie środków niewykorzystanych w umowach.

(dowód: akta kontroli str. 230 – 238 i 301)

3.4.6. Koszty z tytułu koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego

Oddział uczestniczył w weryfikacji następujących wydatków z tytułu przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego:

- świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych świadczeniobiorcom z Unii Europejskiej (formularz E – 125 PL) przez placówki służby zdrowia z terenu województwa warmińsko-mazurskiego mające kontrakty z Oddziałem,
- świadczeń uzyskanych przez mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego podczas pobytu za granicą na podstawie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Społecznego (formularz E - 125),
- zwrotu kosztów świadczeń, za które podczas pobytu za granicą mieszkańcy województwa warmińsko-mazurskiego zapłacili sami (formularz E – 126).

W 2013 r. Oddział sfinansował udzielenie świadczeń zdrowotnych 7.010 osobom pochodzącym z Unii Europejskiej (UE) i Europejskiego Obszaru Gospodarczego na łączną kwotę 3.278,02 tys. zł. W porównaniu do roku poprzedniego stanowiło to wzrost odpowiednio o 52,8 % i 23,04 %. Osobom z UE udzielono ogółem 11 rodzajów świadczeń, z tego najwięcej w rodzajach: „lecnictwo szpitalne” (udzielono je 1.330 osobom na łączną kwotę 2.430,5 tys. zł) oraz „podstawowa opieka zdrowotna” (2.984 osobom na kwotę 226,4 tys. zł).

Oddział opłacał świadczenia opieki zdrowotnej udzielone mieszkańcom województwa warmińsko-mazurskiego na terenie państw UE po uprzednim zweryfikowaniu zasadności ich kosztów. W 2013 r. zweryfikowano łącznie 2.623 formularzy E-125 (w 2012 r. zweryfikowano 2.794 formularze). I tak:

- pozytywnie zweryfikowano koszty wyszczególnione w 2.501 formularzach za świadczenia udzielone polskim obywatelom na terenie 26 krajów (najwięcej, tj. 1.915 formularzy pochodziło z Niemiec). Wartość udzielonych świadczeń wyniosła 1.104.790,65 euro,
- negatywnie zweryfikowano 122 formularze pochodzące z 12 krajów, które dotyczyły pomocy medycznej na łączną kwotę 63.787,18 euro.

W 2013 r. pozytywnie zweryfikowano również 135 formularzy E-126, przedłożonych przez mieszkańców województwa, którzy wystąpili o refundację kosztów leczenia poniesionych przez nich indywidualnie podczas pobytu za granicą. Świadczenia te udzielone były terenie 18 państw.

Oddział dokonując rozliczeń świadczeń wykonanych cudzoziemcom lub mieszkańcom województwa warmińsko-mazurskiego za granicą stosował formularze określone przez Komisję Administracyjną ds. Zabezpieczenia Społecznego Pracowników Migrujących w decyzji Nr 202 z dnia 17 marca 2005 r. (2006/203/WE w sprawie wzorów formularzy niezbędnych do stosowania rozporządzeń Rady (EWG)³⁵. Prawidłowość wypłaty środków za poszczególne świadczenia Oddział weryfikował na podstawie wytycznych Departamentu Współpracy Międzynarodowej Centrali NFZ - Refundacja kosztów leczenia poniesionych przez polskich ubezpieczonych w innych państwach UE i EFTA oraz ustalanie należnej kwoty zwrotu kosztów leczenia poniesionych w czasie pobytu w Polsce przez uprawnionych³⁶. W przypadku świadczeń udzielonych cudzoziemcom przez placówki służby zdrowia mające podpisane umowy z Oddziałem weryfikacja polegała na sprawdzeniu kompletności dokumentów przesłanych przez świadczeniodawcę, czy zastosowano prawidłowe procedury, załączono kopie dokumentów zagranicznych potwierdzających ubezpieczenie. Z kolei w przypadku weryfikacji kosztów leczenia mieszkańca województwa podczas pobytu za granicą sprawdzano czy pacjent był ubezpieczony oraz czy posiadał Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ)

(dowód: akta kontroli str. 249 - 256)

³⁵ (Dz. U. UE - 15.3.2006)

³⁶ Przesłany w załączeniu do pisma znak: NFZ/DWM/2012/081/3132/W/37051/ZK z dnia 16.10.2012 r..

3.4.7. Koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielane spełniającym kryterium dochodowe świadczeniobiorcom nieubezpieczonym

W 2013 r. Oddział sfinansował świadczenia opieki zdrowotnej 1.790 świadczeniobiorcom nieubezpieczonym, spełniającym kryterium poziomu dochodów³⁷ w łącznej kwocie 5.062,2 tys. zł. Było to o 871,9 tys. zł mniej, niż w 2012 r (mniejsza o 302 osoby była też liczba świadczeniobiorców). Na pokrycie tych kosztów w całości Oddział uzyskał dotację z budżetu państwa. Środki te Oddział otrzymał na podstawie sprawozdań z wykonanych i opłaconych faktur za poszczególne świadczenia (ostatnią ratę dotacji w wysokości 134,7 tys. zł Oddział otrzymał 13 stycznia 2014 r.).

(dowód: akta kontroli str. 267)

3.4.8. Koszty administracyjne

W 2013 r. łączne koszty administracyjne Oddziału wyniosły 17.449,4 tys. zł, stanowiąc 0,73% ogółu wydatków poniesionych przez Oddział. Koszty te były o 9% niższe od wartości określonej w planie finansowym (po zmianach). Wynikało to głównie z dokonania niższego od planowanego odpisu amortyzacyjnego od środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych, poniesienia niższych niż przewidywano kosztów zużycia materiałów i energii. Na zmniejszenie kosztów administracyjnych wpłynęło też zmniejszenie wysokości obciążeń z tytułu zatrudnienia – głównie wpłat na PFRON (Oddział skorzystał z ulg w tym zakresie).

Wysokość wykonanych kosztów administracyjnych Oddziału, w porównaniu do wykonania w 2012 r., wzrosła nieznacznie o 97,2 tys. zł, tj. 0,56%.

Wykonane koszty zatrudnienia łącznie (wynagrodzenia i pochodne) wyniosły 12.848,2 tys. zł (73,6% kosztów administracyjnych ogółem). Wartość wypłaconych wynagrodzeń była niższa od planowanej o 41,22 tys. zł (o 0,39%), natomiast koszty pochodnych o 174,6 tys. zł (o 7,39%).

W porównaniu z wykonaniem w 2012 r. koszty zatrudnienia w 2013 r. wzrosły o 270,66 tys. zł, w tym koszty wynagrodzeń o 230 tys. zł. Spowodowane to było głównie zwiększeniem zatrudnienia ze 169,92 do 172,88 etatów (wzrost o 2,96 etatu), gdyż wzrost wynagrodzeń brutto w przeliczeniu na 1 etat wyniósł tylko 274,08 zł (0,45%).

Przeciętne zatrudnienie w 2013 r. w grupie dyrektorów (dyrektor i zastępcy) wynosiło 4 i w porównaniu ze stanem w roku 2012 nie uległo zmianie. Wzrost zatrudnienia zanotowano natomiast w grupie „kadra kierownicza” (o 0,5 etatu) oraz w grupie „pracowników pozostałych” (o 2,46 etatu). W wyżej wymienionych grupach zmiany wynagrodzeń brutto wyniosły w tym czasie odpowiednio: 1,83%, -0,03% i 2,83%.

Na realizację zadań ujętych w planie inwestycyjnym Oddziału na 2013 r. wydatkowano łącznie 2.192,9 tys. zł, co stanowiło 85,4% tego planu. Wydatkując tę kwotę Oddział zrealizował wszystkie planowane zadania rzeczowe. Zadania te prawie w całości obejmowały zakup i instalację sprzętu i oprogramowania na potrzeby systemu informatycznego Oddziału. I tak: zakupiono m.in.:

- urządzenia do rozbudowy klastra HA serwerów i5 - 1.589,8 tys. zł,
- system obsługi zgłoszeń serwisowych - 239,9 tys. zł,
- macierz dyskową - 144,0 tys. zł (wraz z instalacją),
- 3 laptopy - 13,0 tys. zł,
- oprogramowanie do wizualizacji danych na mapach - 11,6 tys. zł.

³⁷ Na podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z 10 października 2011 r. (Dz.U. Nr 225, poz. 1355).

Ponadto zakupiono m.in. urządzenia elektroniczne systemu rejestracji czasu pracy (15,4 tys. zł), profesjonalne niszczarki (23,2 tys. zł) oraz zaporę (szlaban) przy wjeździe na plac postojowy samochodów (7,1 tys. zł wraz z montażem). W okresie objętym kontrolą Oddział nie planował i nie realizował inwestycji budowlanych i nie wynajmował dodatkowej powierzchni biurowej.

(dowód: akta kontroli str. 268 - 275)

3.4.9. Zobowiązania finansowe Oddziału

Wg stanu na 31 grudnia 2013 r. łączna kwota zobowiązań krótkoterminowych Oddziału wynosiła 182.181,62 tys. zł, tj. o 1.457,6 tys. zł (0,79%) mniej, niż w 2012 r. Zobowiązania te na ww. dzień w całości były zobowiązaniami niewymagalnymi.

Wg stanu na ww. dzień Oddział nie posiadał zobowiązań długoterminowych.

W 2013 r. Oddział zapłacił odsetki w wysokości 10,03 tys. zł naliczone w wyniku orzeczeń sądowych oddalających apelacje Oddziału od niekorzystnych wyroków sądowych w związku z nieprawidłowościami ustalonymi w trakcie kontroli przeprowadzonych w 2011 r. w dwu aptekach (Oddział utworzył rezerwy na pokrycie niekorzystnych rozstrzygnięć z tego tytułu).

(dowód: akta kontroli str. 277)

Ocena częściowa

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

Opis stanu faktycznego

3.5. Realizacja wniosków pokontrolnych NIK

W wyniku kontroli P/12/121 „Wykonanie planu finansowego oddziału NFZ w 2011 r., Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Olsztynie sformułowała dwa wnioski pokontrolne, tj. dotyczące zachowania tożsamości wymagań wobec świadczeniodawców na etapie aprobowania ofert, jak również podpisywania umów o świadczenia medyczne oraz dokonywania korekt planu finansowego oddziału, w każdym przypadku zmian mających wpływ na wysokość poszczególnych pozycji kosztów.

W odpowiedzi na wystąpienie NIK, dyrektor Oddziału poinformował, iż podjęto działania, które doprowadziły do wyeliminowania rozbieżności między treścią ofert i umów oraz wskazał, iż nie posiada kompetencji dokonywania zmian w planie finansowym, w przypadkach, które były podstawą sformułowania wniosku pokontrolnego. W tym ostatnim przypadku, jeśli zaistnieje taka potrzeba, o podjęcie decyzji o zmianach wystąpi do kompetentnego organu (Wojewody).

Z ustaleń niniejszej kontroli wynika, że Oddział zrealizował wnioski Najwyższej Izby Kontroli, gdyż nie stwierdzono przypadków, które stanowiły podstawę do sformułowania wniosków pokontrolnych z kontroli NIK w 2011 r.

(dowód: akta kontroli str. 278 - 284)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia działania Oddziału na rzecz realizacji wniosków w poprzedniej kontroli NIK

IV Wnioski

Wniosek pokontrolny

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 Kontroli³⁸, wnosi o:

- podjęcie działań w celu identyfikowania przypadków, w których mimo nienakładania się czasu pracy lekarza zatrudnionego w ramach więcej niż jednego kontraktu NFZ, istnieje uzasadnione podejrzenie, że świadczenie nie jest przez nich realizowane w godzinach określonych w harmonogramach.

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 Olsztynie.

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 wniosku pokontrolnego 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.

Olsztyn, dniaczerwca 2014 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Olsztynie

Kontroler
Jerzy Szwejkowski
doradca techniczny

Dyrektor
Andrzej Zyśk

.....
podpis

.....
podpis

Rozdzielnik:

- a) Adresat
- b) a/a

L:\Teksty wystapien\2014\LOL-4101-003-01-2014_Oddział_NFZ_w_Olsztynie.docx

³⁸ Dz.U. z 2012 r., poz.82 ze zm.