



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

DELEGATURA W OPOLU

LOP.410.13.1.2024

Pan
Filip Nowak
Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
ul. Rakowiecka 26/30
02-528 Warszawa

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/24/046 – Realizacja zadań przez Narodowy Fundusz Zdrowia w latach 2021-2024

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Narodowy Fundusz Zdrowia Opolski Oddział Wojewódzki ¹ , ul. Ozimska 72A, 45-310 Opole
Kierownik jednostki kontrolowanej	Filip Nowak, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia od 26 sierpnia 2020 r. ²
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Planowanie oraz realizacja planu zakupu świadczeń 2. Wykonywanie planu finansowego, w tym kosztów świadczeń opieki zdrowotnej
Okres objęty kontrolą	Lata 2021 -2024, do czasu zakończenia czynności kontrolnych, z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeśli miały wpływ na kontrolowaną działalność.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ³
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Opolu
Kontrolerzy	1. Rafał Marynowicz – doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr LOP/58/2024 z 25 czerwca 2024 r. 2. Agnieszka Haba – specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOP/63/2024 z 1 lipca 2024 r. 3. Ewa Tomaszewska – doradca prawny, upoważnienie do kontroli nr LOP/67/2024 z 20 sierpnia 2024 r. 4. Przemysław Sparczyński – główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOP/80/2024 z 18 września 2024 r. 5. Marek Jurkiewicz – specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOP/81/2024 z 18 września 2024 r. (akta kontroli str. 1-2, 2569-2571)

¹ Dalej: OOW lub Oddział.

² W okresie od 26 sierpnia 2020 r. do 8 listopada 2021 r. pełniący obowiązki Prezesa NFZ, a od 9 listopada 2021 r. Dalej: Prezes NFZ lub Prezes Funduszu.

³ Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

W poszczególnych latach objętych kontrolą Oddział zapewniał mieszkańcom województwa opolskiego dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej na porównywalnym poziomie. W wyniku corocznego zwiększania środków przeznaczonych na wykonywanie świadczeń opieki zdrowotnej, skrócił się przeciętny czas oczekiwania osób ujętych na listach prowadzonych przez świadczeniodawców (w tzw. kolejkach). Wzrosła też liczba wykonanych świadczeń sfinansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Nie spowodowało to jednak zmniejszenia się liczby osób oczekujących, co świadczy o niewystarczającym wciąż poziomie zaspokojenia potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa opolskiego.

W Oddziale, planując zakup świadczeń opieki zdrowotnej na lata 2021-2024 prawidłowo określano potrzeby, a sporządzone plany oraz ich aktualizacje były uzasadnione. W procesie planowania uwzględniano m.in. wskaźniki dostępności świadczeń oraz priorytety ogólnopolskie i wojewódzkie. Podejmowano również skuteczne działania w celu kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej, w tym uzupełniającego, co przyczyniło się do zwiększenia dostępności świadczeń.

Postępowania konkursowe na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzajach: opieka paliatywna i hospicyjna, rehabilitacja lecznicza oraz ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne, prowadzono zgodnie z zasadami określonymi w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, rozporządzeniach Ministra Zdrowia obowiązujących w tym zakresie, jak też procedurach wewnętrznych ustalonych przez Prezesa NFZ.

Stwierdzone nieprawidłowości w obszarze planowania i kontraktowania polegały na nieprzestrzeganiu niektórych wymogów - o charakterze formalnym - przy sporządzaniu planów, przedłużaniu umów o udzielanie świadczenia opieki zdrowotnej oraz prowadzeniu postępowań konkursowych w zakresie przygotowania i prowadzenia negocjacji.

Dyrektor Oddziału prawidłowo opracował plany finansowe na lata 2021-2024. W projektach przedmiotowych dokumentów uwzględniano założenia Prezesa NFZ, a w przypadku planowania kosztów świadczeń zdrowotnych, również realny wzrost kosztów wynikający z rosnącej inflacji oraz ustawy o obowiązkach ujęcia w planie kosztów świadczeń w wysokości nie niższej od zaplanowanej na rok poprzedni. Nie zapobiegło to jednak przekroczeniu kosztów Oddziału ujętych w pozycji F *Pozostałe koszty*, w tym w pozycji F4 *Inne koszty* planu finansowego OOW na 2021 r. W pozostałym zakresie realizacja kosztów Oddziału, w tym kosztów świadczeń, nie przekroczyła wysokości określonych w planach finansowych. Przesunięć w planach finansowych OOW dokonywano zgodnie z obowiązującą procedurą. Dyrektor Oddziału monitorował też realizację umów oraz skutecznie egzekwował należności z tytułu kar umownych i zakwestionowanych świadczeń zdrowotnych.

⁴ NIK formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

III.Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częstkowe⁵ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Planowanie oraz realizacja planu zakupu świadczeń

Przygotowanie procesu kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej

Opis stanu
faktycznego

1.1. W Oddziale prawidłowo i rzetelnie określano zapotrzebowanie na świadczenia opieki zdrowotnej i na tej podstawie opracowano, zgodnie z wewnętrznymi regulacjami Narodowego Funduszu Zdrowia⁶ i wytycznymi Centrali Funduszu, plany zakupów świadczeń na lata 2021-2024.

Dyrektor Oddziału sporządził projekty planów zakupu świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa na lata 2021-2024. Dokumenty te opracowane zostały w oparciu o zarządzenia Prezesa NFZ, wytyczne Centrali NFZ i m.in. o dane o zapotrzebowaniu na świadczenia oraz o wykonanych świadczeniach. W każdym z planów zakupu świadczeń na poszczególne lata 2021-2024 ujęte były m.in. następujące elementy: analiza dostępności do świadczeń, działania podejmowane w odniesieniu do umów wieloletnich, wysokość planowanych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej oraz priorytety, w tym wynikające z krajowego plan transformacji⁷ i wojewódzkiego planu transformacji⁸.

(akta kontroli str. 954-974)

Dyrektor OOW stwierdziła, że *dane dotyczące list oczekujących przekazywane przez świadczeniodawców nie dają gwarancji rzeczywistego odzwierciedlenia zapotrzebowania na uzyskanie świadczenia w danym zakresie. Wskazała, że na przykład, w poradniach alergologicznych w pierwszym półroczu 2024 roku z list oczekujących skreślonych zostało 2381 osób, z czego tylko 1845 osób, tj. 77% stanowiły osoby, którym udzielono świadczenie (...) w związku z tym pozostałe 23% wpisów było „puste”, tzn. nie zakończyło się zrealizowaniem świadczenia, jednak przy ewentualnym wykorzystaniu do planowania zakupu musiałoby zostać uwzględnione jako potencjalni oczekujący na świadczenie. Dodała też, że podobna sytuacja dotyczy wszystkich zakresów świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, jak również rehabilitacja lecznicza czy leczenie psychiatryczne i efektywnie uniemożliwia racjonalne wykorzystanie tych danych w procesie planowania. Ponadto Dyrektor OOW stwierdziła, że dane o liczbie osób oczekujących i czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia, nie są wprost wykorzystywane w trakcie planowania środków finansowych do zakupu świadczeń. Dyrektor Oddziału wskazała też, że w celu zmniejszenia liczby osób, które nie zgłaszają się na umówione wizyty nie informując o tym świadczeniodawców, NFZ kieruje do pacjentów wpisanych na listy oczekujących wiadomość SMS przypominającą o terminie świadczenia i wskazującą sposób ewentualnej rezygnacji.*

⁵ Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

⁶ Dalej: NFZ lub Fundusz.

⁷ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 15 października 2021 r. w sprawie krajowego planu transformacji (Dz. Urz. MZ z 2021 r. poz. 80).

⁸ Obwieszczenie Wojewody Opolskiego z dnia 31 grudnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia wojewódzkiego planu transformacji województwa opolskiego.

Działanie to jest realizowane przez Centralę NFZ, a w jego ramach do pacjentów z terenu województwa opolskiego cotygodniowo wysyłane jest w ten sposób ok. 8-9 tysięcy wiadomości SMS przypominających o wizycie.

(akta kontroli str.1053-1054, 1057)

Dyrektor OOW wskazała także, że *Oddział opracowując Plan zakupu świadczeń na rok następny każdorazowo określa maksymalne potrzeby finansowe, niezbędne do prawidłowego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na terenie działalności OOW NFZ. Kluczową kwestią w procesie opracowywania projektu planu finansowego na rok następny, jest jednak ogólnie określona dla poszczególnych rodzajów świadczeń wysokość środków finansowych w projekcie Planu finansowego, do której Oddział musi się dostosować.*

(akta kontroli str.1053-1054)

1.2. Zatwierdzone plany zakupu świadczeń zdrowotnych w latach 2021-2022 różniły się od wersji wstępnych tych planów przygotowanych w Oddziale. Planowana wartość świadczeń rosła w każdej kolejnej wersji planu.

Dyrektor Oddziału opracował wstępną wersję *Planu Zakupu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Oddziału na rok 2021* (10 grudnia 2020 r.)⁹, przesłał ją do Centrali Funduszu (10 grudnia 2020 r.), a następnie przyjął jego ostateczną wersję (15 marca 2021 r.)¹⁰. Poszczególne działania realizowane były w oparciu o zasady określone w *Procedurze do procesu: Planowanie rzeczowe – opracowanie planu zakupu świadczeń opieki zdrowotnej*¹¹.

Dyrektor Oddziału, po otrzymaniu wytycznych z Centrali NFZ¹², sporządził również trzy aktualizacje planu zakupu świadczeń na 2021 r. – 16 września 2021 r.¹³, 17 listopada 2021 r.¹⁴ i 28 lutego 2022 r.¹⁵

(akta kontroli str. 947-950, 954-974, płyta CD-R pliki 51-62, 1016-1021, płyta CD-R pliki 29 i 30)

Dyrektor Oddziału opracował wstępną wersję *Planu Zakupu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Oddziału na rok 2022* (10 grudnia 2021 r.)¹⁶, przesłał ją do Centrali NFZ (10 grudnia 2021 r.), a następnie przyjął jego ostateczną wersję (24 czerwca 2022 r.)¹⁷. Poszczególne działania były realizowane w oparciu o zasady określone w procedurze z 2020 r. oraz w *Procedurze do procesu: Opracowanie, aktualizacja, monitorowanie planu zakupu świadczeń v.2.0*¹⁸.

⁹ Planowana wartość świadczeń: 1 504 978 tys. zł.

¹⁰ Planowana wartość świadczeń: 1 590 793 tys. zł.

¹¹ Procedura obowiązująca od 16 października 2020 r. do 23 listopada 2021 r., zatwierdzona przez Prezesa NFZ. Dalej: procedura z 2020 r.

¹² Pisma: DSOZDRSJGP. 401.124.2021 2021.255762.AGKA z 28 sierpnia 2021 r. oraz DSOZDRSJGP.401.124.2021 2021.302363.CMJS z 8 października 2021 r.

¹³ Planowana wartość świadczeń: 2 055 907,6 tys. zł.

¹⁴ Planowana wartość świadczeń: 2 105 211,6 tys. zł.

¹⁵ Planowana wartość świadczeń: 2 126 659,7 tys. zł.

¹⁶ Planowana wartość świadczeń: 2 160 354 tys. zł.

¹⁷ Planowana wartość świadczeń: 2 402 429,9 tys. zł.

¹⁸ Procedura obowiązująca od 24 listopada 2021 r., zatwierdzona przez Prezesa NFZ. Dalej: procedura z 2021 r.

Sporządzone zostały również dwie aktualizacje planu zakupu świadczeń na 2022 r. – 15 września 2022 r.¹⁹ i 13 marca 2023 r.²⁰

(akta kontroli str. 947-950, 954-974, płyta CD-R pliki 63-71)

Planu Zakupu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Oddziału na rok 2023 został opracowany w Oddziale, a następnie zatwierdzony przez Dyrektora OOW i przekazany do Centrali (9 grudnia 2022 r.)²¹, po uprzednim uzyskaniu pozytywnej opinii Rady Oddziału²². Plan ten został następnie zaktualizowany 11 września 2023 r.²³ i 28 lutego 2024 r.²⁴

Plan na rok 2024 został opracowany w Oddziale, pozytywnie zaopiniowany przez Radę Oddziału²⁵, zatwierdzony przez Dyrektora OOW i przesłany do Centrali (18 grudnia 2023 r.)²⁶. Aktualizacja planu na rok 2024 r. została sporządzona 30 sierpnia 2024 r.²⁷

(akta kontroli str. 947-950, 954-974, płyta CD-R pliki 72-81, 1500-1502)

Projekty planów zakupu świadczeń, zatwierdzone plany zakupu świadczeń oraz aktualizacji tych planów nie w każdym przypadku zostały opracowane i przesłane zgodnie z procedurami i wytycznymi²⁸, co opisano szerzej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 1039-1042, 2660-2679, 2698-2699, 2714-2715, 2759, 2780, 2785-2788, 2909-2910, 2914-2916)

Na stronie internetowej Oddziału zamieszczono plan zakupu świadczeń na 2024 r.²⁹ Plany zakupu świadczeń na lata 2021-2023 nie znajdowały się na tej stronie³⁰. Dyrektor OOW wyjaśniła, że z powodu przeprowadzonej w 2023 r. migracji zasobów strony internetowej Oddziału na nowocześniejszą platformę, część informacji nie jest obecnie dostępna, nie wszystkie dane zostały przeniesione.

(akta kontroli str. 1442, 1494-1499)

Kontraktowanie świadczeń

1.3. Zakup świadczeń zdrowotnych został dokonany zgodnie z przyjętym planem zakupu świadczeń.

Plany zakupów świadczeń zdrowotnych na lata 2021-2023 zostały zrealizowane³¹ w poszczególnych rodzajach świadczeń na założonym lub wyższym poziomie.

(akta kontroli str. 2950-2953, 3211-3277)

¹⁹ Planowana wartość świadczeń: 2 611 205,5 tys. zł.

²⁰ Planowana wartość świadczeń: 2 632 497,7 tys. zł.

²¹ Planowana wartość świadczeń: 2 785 500,3 tys. zł.

²² Uchwała nr 7/2022 Rady Oddziału z dnia 24 listopada 2022 r. w sprawie zaopiniowania projektu planu zakupu świadczeń opieki zdrowotnej Oddziału na 2023 rok.

²³ Planowana wartość świadczeń: 3 307 366,2 tys. zł.

²⁴ Planowana wartość świadczeń: 3 337 919,2 tys. zł.

²⁵ Uchwała nr 6/2023 Rady Oddziału z dnia 13 listopada 2023 r. w sprawie zaopiniowania projektu planu zakupu świadczeń opieki zdrowotnej Oddziału na 2024 rok.

²⁶ Planowana wartość świadczeń: 3 298 038,6 tys. zł.

²⁷ Planowana wartość świadczeń: 3 677 708,4 tys. zł.

²⁸ M.in. pismo Zastępcy Prezesa ds. Medycznych NFZ nr DSOZ-DRSJGP.401.124.2021 2021.255762.AGKA z 26 sierpnia 2021 r.

²⁹ <https://www.nfz-opole.pl/dla-swadczeniodawcy/kontraktowanie-2024/plan-zakupu-swadczen-2024/>

³⁰ Stan na 28 października 2024 r.

³¹ Zgodnie z ostatecznymi planami zakupu świadczeń za lata 2021-2023 odpowiednio z: 28 lutego 2022 r., 15 marca 2023 r. i 25 marca 2024 r.

1.4. W okresie objętym kontrolą, Oddział przeprowadził w 11 rodzajach świadczeń łącznie 404 postępowania konkursowe lub rokowania w sprawie zawarcia umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym 55 w 2021 r., 76 w 2022 r., 242 w 2023 r. i 31 w 2024 r. (do 30 czerwca). Liczba postępowań konkursowych i rokowań wyniosła w ww. okresach odpowiednio: w podstawowej opiece zdrowotnej – nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej 5 (3, 1, 0 i 1), w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej³² 82 (7, 11, 44 i 20), w leczeniu szpitalnym 122 (13, 25, 81 i 3), w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień³³ 13 (4, 4, 5 i 0), w rehabilitacji leczniczej³⁴ 61 (0, 2, 58 i 1), w leczeniu stomatologicznym³⁵ 35 (16, 14, 2 i 3), w profilaktycznych programach zdrowotnych 4 (0, 1, 3 i 0), w świadczeniach kontraktowanych odrębnie 23 (10, 13, 0 i 0), w świadczeniach pielęgnacyjnych i opiekuńczych 29 (0, 1, 28 i 0), w opiece paliatywnej i hospicyjnej 27 (2, 4, 21 i 0), w pomocy doraźnej i transporcie sanitarnym 3 (0, 0, 0 i 3). Łącznie 305 (75,5%) przeprowadzonych postępowań konkursowych lub rokowań w latach 2021-2024 (30 czerwca) zakończyło się podpisaniem umów.

(akta kontroli str. 1030)

W latach 2021-2024 (30 czerwca) zawarto łącznie 4586 umów ze świadczeniodawcami, w tym 1061 w podstawowej opiece zdrowotnej, cztery podstawowej opiece zdrowotnej - nocnej i świątecznej opiece, 787 w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, 234 w leczeniu szpitalnym, 207 w PSY, 403 w REH, 739 w STM, 76 profilaktycznych programach zdrowotnych, 88 w świadczeniach zdrowotnych kontraktowanych odrębnie, 488 w zaopatrzeniu w wyroby medyczne, 259 w świadczeniach pielęgnacyjnych i opiekuńczych, 64 w opiece paliatywnej i hospicyjnej, cztery w ratownictwie medycznym, pięć w pomocy doraźnej i transporcie i 167 w programach pilotażowych. Łącznie 309 umów zawarto w trybie konkursu lub rokowań.

(akta kontroli str. 1031)

W latach 2021-2024 (30 czerwca) zawarto ze świadczeniodawcami - po raz pierwszy - łącznie 118 umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Spośród tych świadczeniodawców 114 (96,6%) zostało skontrolowanych w zakresie spełnienia wymagań NFZ. Najwięcej umów zawarto w rodzaju AOS (51), REH (21) i leczenie szpitalne³⁶ (20), a kontrolą w tych rodzajach objęto odpowiednio 51, 21 i 17 świadczeniodawców.

(akta kontroli str. 1032, 1057, 1067-1179)

Weryfikacje³⁷ prowadzone przez upoważnionych pracowników Oddziału zostały udokumentowane, a w ich wyniku potwierdzono spełnienie wymagań.

(akta kontroli str. 1057-1179)

W latach 2021-2024 (do 30 czerwca) oferenci złożyli, na podstawie art. 153 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych

³² Dalej: AOS.

³³ Dalej: PSY.

³⁴ Dalej: REH.

³⁵ Dalej: STM.

³⁶ Dalej: LS.

³⁷ Badaniem szczegółowym objęto weryfikacje w związku z postępowaniami prowadzonymi w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne (siedem kontroli) w zakresie programu badań przesiewowych raka jelita grubego oraz w rodzaju AOS (osiem kontroli) w różnych zakresach świadczeń.

ze środków publicznych³⁸, łącznie 12 protestów. Ponadto na podstawie art. 154 tej ustawy świadczeniodawcy złożyli 12 odwołań. Ww. protesty i odwołania nie zostały uznane za zasadne.

(akta kontroli str. 1033)

1.5. W okresie objętym kontrolą Oddział nie zawierał umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na okres dłuższy niż pięć lat, a tym samym, nie występował do Prezesa NFZ o uzyskanie stosownej zgody.

Na podstawie art. 156 ust. 1a ustawy o świadczeniach w latach: 2021 r. i 2022 r. nie zawarto aneksów przedłużających okres obowiązywania umów zawartych przez Oddział w latach wcześniejszych w 15 rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej. W 2023 r. wskazany wyżej przepis stanowił podstawę zmiany okresu obowiązywania 49 umów, w tym 47 w rodzaju PSY oraz po jednej w rodzajach: ratownictwo medyczne oraz pomoc doraźna i transport sanitarny. W 2024 r. w oparciu o art. 156 ust. 1a ustawy o świadczeniach przedłużono łącznie 390 umów, w tym: 171 w rodzaju STM, 151 w rodzaju AOS, 46 w rodzaju PSY, 21 w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne oraz jedną w rodzaju ratownictwo medyczne. Ponadto, w latach tych, zmiany ww. umów były dokonywane na podstawie przepisów szczególnych:

- a) art. 18 ust. 2 ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19³⁹ - łącznie przedłużono obowiązywanie 1 117, w tym 269 w 2021 r., 495 w 2022 r., 353 w 2023, w 2024 r. nie przedłużano umów na tej podstawie prawnej;
- b) art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 17 marca 2021 r. o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi⁴⁰ - łącznie przedłużono obowiązywanie 46 umów w rodzaju Podstawowa opieka zdrowotna, w tym 23 umów w 2021 r. i 23 umów w 2022 r.;
- c) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁴¹ (2020, poz. 320) - w 2021 r. przedłużono obowiązywanie 89 umów w rodzaju Podstawowa opieka zdrowotna;
- d) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 grudnia 2021 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego *Profilaktyka 40 PLUS*⁴² - łącznie przedłużono obowiązywanie 30 umów w rodzaju Programy pilotażowe, w tym 16 w 2021 r. i 14 w 2022 r.
- e) Porozumienia pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia a Federacją Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie oraz art. 353¹ ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny⁴³ - w 2022 r. przedłużono obowiązywanie 81 umów w rodzaju Podstawowa opieka zdrowotna;
- f) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 września 2023 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego

³⁸ Dz. U. z 2024 r., poz. 146 ze zm. Dalej: ustawa o świadczeniach.

³⁹ Dz. U. poz. 567, ze zm.

⁴⁰ Dz. U. z 2021 r., poz. 616, ze zm.

⁴¹ Dz. U. z 2023, poz. 1194, ze zm.

⁴² Dz. U. poz. 2278.

⁴³ Dz. U. z 2024 r., poz. 1061, ze zm.

w centrach zdrowia psychicznego⁴⁴ oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018 r. w sprawie programu pilotażowego dotyczącego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwienego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych⁴⁵ - w 2023 r. przedłużono obowiązywanie trzech umów w rodzaju Programy pilotażowe;

- g) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 września 2023 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie edukacji żywieniowej oraz poprawy jakości żywienia w szpitalach - "Dobry posiłek w szpitalu"⁴⁶, rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 stycznia 2024 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego leczenia gruźlicy wielolekoopornej w warunkach ambulatoryjnych⁴⁷ oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 grudnia 2021 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego *Profilaktyka 40 PLUS* - w 2024 r. przedłużono obowiązywanie 44 umów w rodzaju Programy pilotażowe
(akta kontroli str. 1544-1545)

Na podstawie aneksów zawartych w latach 2021-2024 doszło do przedłużenia łącznie 1850 umów w dziewięciu rodzajach świadczeń, których okres obowiązywania w wyniku zawartych aneksów przekroczył okres 5 lat. Wśród umów obowiązujących w latach 2021-2024, w AOS przedłużono 674 umowy, a w STM 687 umów.

(akta kontroli str. 1655-1656)

Wyjaśniając przyczyny wielokrotnego przedłużania opisanych wyżej umów Dyrektor Oddziału wskazała, że: *lata objęte kontrolą, tj. 2021 – VI 2024 r., to w znacznej mierze lata, w których na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wprowadzono najpierw stan zagrożenia epidemicznego⁴⁸, następnie stan epidemii⁴⁹ i kolejno od 16 maja 2023 r. stan zagrożenia epidemicznego spowodowany zakażeniami wirusem SARS-CoV-2, zniesiony ostatecznie z dniem 1 lipca 2023 r. W tym okresie, a w szczególności w latach 2020-2021, tj. w początkowej fazie epidemii, zgodnie z art. 7c. ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanymi nimi sytuacji kryzysowych⁵⁰, zalecano nie przeprowadzanie konkursów ofert i rokowań, o których mowa w art. 139 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z wyłączeniem konkursów ofert i rokowań dotyczących świadczeń opieki zdrowotnej z zakresów, o których mowa w art. 15 ust. 2*

⁴⁴ Dz. U. poz. 1982.

⁴⁵ Dz. U. poz. 2746, ze zm.

⁴⁶ Dz. U. poz. 2021, ze zm.

⁴⁷ Dz. U. poz. 22.

⁴⁸ Od 14 marca 2020 r. - mocą przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 marca 2020 r. (Dz.U. z 2020 r., poz. 433, ze zm.).

⁴⁹ Od 20 marca 2020 r. do 16 maja 2023 r. - mocą przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz.U. z 2020 r., poz. 491, ze zm.).

⁵⁰ Art. 15 pkt. 4 ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (Dz.U. z 2020 r., poz. 567) - wprowadzający do ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanymi nimi sytuacji kryzysowych art. 7c.

pkt 15 i 16 tej ustawy, tj. programów lekowych określonych w przepisach ustawy o refundacji oraz leków stosowanych w chemioterapii określonych w przepisach ustawy o refundacji. Jednocześnie, zgodnie z art. 18 ustawy o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19⁵¹ konkursy ofert i rokowania, o których mowa w art. 139 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wszczęte i niezakończone przed dniem ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, miały zostać od tego dnia zawieszone i mogły zostać wznowione po odwołaniu danego stanu, jeżeli wszyscy oferenci, którzy złożyli oferty w konkursie lub w rokowaniach, potwierdzą ich ważność w terminie określonym przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia. Regulacja ta, poza wstrzymaniem toczących się już postępowań, wprowadziła również możliwość utrzymania dostępności i ciągłości udzielania świadczeń w sposób szczególny w okresie trwającej epidemii, zgodnie z którym umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wygasające w trakcie stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii mogły zostać przedłużone, za zgodą stron danej umowy na okres niezbędny do przeprowadzenia, po odwołaniu stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, konkursu ofert lub rokowań, o których mowa w art. 139 ust. 1 ustawy o świadczeniach [1]. Zgodnie z zadaniami ustawowymi, Narodowy Fundusz Zdrowia pełniąc w systemie opieki zdrowotnej rolę płatnika, do obowiązków którego należy m.in. zapewnienie jakości, dostępności i ciągłości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, zobowiązany był do stosowania przedmiotowych rozwiązań legislacyjnych, gdy sytuacja dotycząca świadczeń z danego zakresu świadczeń tego wymagała.

Powołując się na stanowisko Centrali NFZ przedstawione w kierowanych do Oddziału pismach⁵² Oddział wskazywał, że będąc zobowiązany do stosowania wyżej wskazanych aktów prawnych oraz zaleceń Centrali NFZ, w okresie stanu zagrożenia epidemicznego lub epidemii, gdy sytuacja dotycząca świadczeń z danego zakresu świadczeń tego wymagała, przedłużał termin obowiązywania umów w zakresach świadczeń, których okres obowiązywania wygasł w czasie jej trwania. W okresie od 1 lipca 2023 r. do 30 czerwca 2024 r., w myśl art. 156 ust. 1a ustawy o świadczeniach, Oddział uwzględniając w szczególności: a/ harmonogram postępowań konkursowych na dany rok, których ogłoszenie miałoby wpływ na możliwości organizacyjne Oddziału, b/ możliwości kadrowe, tj. liczbę pracowników Oddziału niewystarczającą do uczestniczenia w komisjach konkursowych, c/ zapewnienie ciągłości realizacji zadań i rozliczenia umów w okresie zakończenia roku, d/ zapewnienie ciągłości dostępu do świadczeń w związku z możliwością przedłużania się procesu rozstrzygnięcia postępowań konkursowych, e/ niedostateczne zagwarantowanie ubezpieczonym właściwego dostępu do świadczeń w szczególności w zakresie leczenia stomatologicznego oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, f/ zapewnienie ciągłości dostępu do świadczeń w rodzaju PSY przy uwzględnieniu założeń planowanej reformy modelu opieki psychiatrycznej, w szczególności dla dzieci, podjął decyzję o rezygnacji z czynności związanych z przeprowadzeniem „dużych” postępowań

⁵¹ Art. 18 ust. 1 i 2 ustawy o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (Dz.U. z 2020 r., poz. 567).

⁵² Tj.: z dnia 20 maja 2020 r. znak: DSOZ-SAOS.401.52.2020, z dnia 9 lutego 2022 r. znak: DSOZ-SOD.401.24.2022 2022.45213.KM oraz z dnia 2 marca 2022 r. znak: DSOZ-WSOZ.401.3.2022 2022.72353.KAKL.

konkursowych. Powyższe uzasadniało to, że podejmowanie w danym okresie działań w obszarze przeprowadzenia postępowań konkursowych, niesło ze sobą istotne ryzyko nienależytego zabezpieczenia udzielania świadczeń w poszczególnych rodzajach świadczeń.

(akta kontroli str. 3095-3118)

W sprawie sposobu realizacji przez Oddział obowiązku, o którym mowa w art. 156 ust. 1e ustawy o świadczeniach Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że *w Oddziale podejmowano czynności zmierzające do niezwłocznego przeprowadzenia postępowań konkursowych poprzedzających zawieranie umów na kolejne lata w poszczególnych rodzajach i zakresach świadczeń – przygotowywano plan postępowań konkursowych na kolejny rok, wyznaczając terminy, w których nastąpić miało ogłoszenie postępowań konkursowych w poszczególnych rodzajach/zakresach świadczeń. Wskazano także, że proces zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest złożonym przedsięwzięciem organizacyjnym i logistycznym, wymagającym, poza przygotowaniem i przeprowadzeniem postępowań konkursowych rozpatrzenia dużej ilości ofert i rozpatrzenie odwołań. Biorąc pod uwagę dużą liczbę postępowań i liczbę ofert do rozpatrzenia, co najmniej analogiczną jak w roku 2010 (844 postępowania i 2170 ofert), a także możliwości kadrowe Oddziału, według Dyrektora Oddziału, istniało realne zagrożenie, że nie zostanie zapewniony dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej od 1 stycznia 2024 r. Z wyjaśnień wynikało też, że po odwołaniu stanu epidemii Oddział sukcesywnie ogłaszał postępowania konkursowe⁵³, a w rodzaju AOS i STM postępowania uzupełniające w sytuacji stwierdzenia zagrożenia w dostępie do świadczeń⁵⁴. Dodatkowo, w przygotowywanym corocznie planie zakupu świadczeń, w rodzajach świadczeń, w których umowy były przedłużane na podstawie art. 156 ust. 1a ustawy o świadczeniach planowano nowe zamówienia.*

(akta kontroli str. 3098-3099)

W odniesieniu do objętych szczegółowym badaniem dwóch umów w AOS o najwyższej wartości, w okresie objętym kontrolą jedną z tych umów⁵⁵ przedłużono jednokrotnie na podstawie art. 18 ust. 2 ustawy o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID. Druga z tych umów⁵⁶ została przedłużona sześciokrotnie, w tym czterokrotnie na podstawie art. 18 ust. 2 ww. ustawy i dwukrotnie na podstawie art. 156 ust. 1a ustawy o świadczeniach, tj. na podstawie aneksu nr 8 z 25 marca 2024 r. okres obowiązywania umowy przedłużono o sześć miesięcy⁵⁷ i na podstawie aneksu nr 25 z 13 września 2024 r. o kolejne sześć miesięcy⁵⁸. W przypadku dwóch umów w STM, w latach 2021-2024 okres ich obowiązywania został przedłużony czterokrotnie, w tym dwukrotnie na podstawie art. 18 ust. 2 ustawy o zmianie

⁵³ W szczególności w rodzajach świadczeń: LS - umowy poza PSZ- umowy od 1 kwietnia 2023 r., REH, OPH, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze – umowy od 1 lipca 2023 r., AOS – w zakresie ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych – umowy od 1 lipca 2024 r.

⁵⁴ W tym w AOS w zakresie poradni dla dzieci: neurologicznej, nefrologicznej, pediatrii, okulistyki, onkologii i hematologii dziecięcej, endokrynologicznej, a także w poradniach: geriatry, gruźlicy i chorób płuc, kardiologii, neurologii, położnictwa i ginekologii, medycyny sportowej, diabetologii czy endokrynologii.

⁵⁵ Nr 08R/20312/02/03/AOS/18/1 z 16 lipca 2018 r.

⁵⁶ Nr 08R/20071/02/01/AOS/2011 z 3 stycznia 2011 r., zawarta z MEDICUS w Opolu Sp. z o.o.

⁵⁷ Poprzedni okres obowiązywania umowy do 30 czerwca 2024 r. zmieniono na 31 grudnia 2024 r.

⁵⁸ Poprzedni okres obowiązywania umowy do 31 grudnia 2024 r. zmieniono na 30 czerwca 2025 r.

niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 i dwukrotnie na podstawie art. 156 ust. 1a ustawy o świadczeniach, tj.: umowa nr 08R/200/85/07/STM/17/II z 4 lipca 2017 r. na podstawie aneksu nr 2 z 25 marca 2024 r. o sześć miesięcy⁵⁹ i na podstawie aneksu nr 7 z 13 września 2024 r. o kolejne sześć miesięcy⁶⁰ oraz umowa nr 08R/81213/07/STM z 7 lipca 2017 r. na podstawie aneksu nr 4 z 25 marca 2024 r. o sześć miesięcy⁶¹ i na podstawie aneksu nr 12 z 13 września 2024 r. o kolejne sześć miesięcy⁶². Powyższe działania, polegające na dwukrotnym aneksowaniu na podstawie art. 156 ust. 1a ustawy o świadczeniach umów, prowadzącym do przedłużenia okresu ich obowiązywania łącznie o 12 miesięcy opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 1657-1699, 1701-1831)

Przed przedłużaniem umów w AOS oraz STM, Oddział analizował dostępność do świadczeń w tych zakresach. Jak wyjaśniła Dyrektor Oddziału, *Oddział sukcesywnie dokonywał analizy prawidłowości zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej w danym rodzaju i zakresie świadczeń, określając m.in. braki zabezpieczenia w poszczególnych obszarach kontraktowania tzw. „białe plamy”, a także analizował czas oczekiwania i ilość osób oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej. Przeprowadzane analizy (...) wiązały się również ze sporządzeniem mapy dostępności do świadczeń. Analizy rozmieszczenia geograficznego danych poradni specjalistycznych pozwalały na ocenę dostępności do świadczeń w odniesieniu do istniejących potrzeb zdrowotnych i potencjału świadczeniodawców, a także były brane pod uwagę przy podejmowaniu decyzji o ogłaszaniu postępowań uzupełniających mających na celu zwiększenie dostępności do świadczeń, a w szczególności w obszarach, w których stwierdzono brak poradni danej specjalności*.

(akta kontroli str. 3100-3103)

W latach 2021-2024 nie dokonywano zmiany umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie art. 156 ust. 1b ustawy o świadczeniach.

(akta kontroli str. 1544-1545)

1.6. W latach 2021-2024 Oddział nie przeprowadzał dodatkowych postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

(akta kontroli str. 1546, 1548)

1.7. W okresie objętym kontrolą, Oddział przeprowadził łącznie 423 postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym 401 w trybie konkursów ofert⁶³ w 11 rodzajach świadczeń: 53 w 2021 r., 69 w 2022 r., 239 w 2023 r. i 40 w 2024 r. (do 30 czerwca) oraz 15 postępowań w trybie rokowań, w dwóch rodzajach świadczeń: dziewięć w 2022 r. i sześć w 2023 r.

(akta kontroli str. 1549-1560)

⁵⁹ Poprzedni okres obowiązywania umowy do 30 czerwca 2024 r. zmieniono na 31 grudnia 2024 r.

⁶⁰ Poprzedni okres obowiązywania umowy do 31 grudnia 2024 r. zmieniono na 30 czerwca 2025 r.

⁶¹ Poprzedni okres obowiązywania umowy do 30 czerwca 2024 r. zmieniono na 31 grudnia 2024 r.

⁶² Poprzedni okres obowiązywania umowy do 31 grudnia 2024 r. zmieniono na 30 czerwca 2025 r.

⁶³ 18 w trybie rokowań oraz 4 umowy w 2022 r. w rodzaju STM w trybie ustalenia kwoty zobowiązania na kolejny okres rozliczeniowy.

W latach 2021-2024 w zakresie postępowań konkursowych obowiązywała *Procedura konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach*⁶⁴. W prowadzonych w Oddziale postępowaniach w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej we wskazanym wyżej okresie nie wystąpiły przypadki odstąpienia od jej stosowania.

(akta kontroli str. 1561-1599, 1645)

Analiza 12 postępowań konkursowych wybranych z rodzajów⁶⁵: AOS, REH i opieka paliatywna i hospicyjna⁶⁶ w latach 2021-2024 wykazała, że zgodnie z §3 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2020 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań i trybu pracy⁶⁷ wszystkie ogłoszenia o postępowaniach zamieszczono na stronie internetowej Oddziału i ogłoszenia te zawierały dane określone w §3 ust. 2 ww. rozporządzenia.

Stosownie do § 6 ust. 1 rozporządzenia w sprawie postępowań konkursowych, komisje konkursowe powołał Dyrektor Oddziału⁶⁸, wskazując właściwość rzeczową Komisji oraz liczbę jej członków – we wszystkich przypadkach była to liczba nieparzysta.

Stosownie do art. 139 ust. 6 ustawy o świadczeniach, we wszystkich przypadkach w dokumentacji prac komisji konkursowych zamieszczono oświadczenia ich członków o braku przesłanek wyłączenia z postępowania. W składzie wszystkich 25 komisji zapewniono udział osoby posiadającej tytuł zawodowy magistra w dziedzinie nauk medycznych lub nauk o zdrowiu, a w składzie 17 komisji (68%) zapewniono również udział osoby z wykształceniem wyższym i tytułem zawodowym magistra w dziedzinie nauk społecznych w dyscyplinie nauki prawne lub ekonomia i finanse.

(akta kontroli str. 1624-1642)

W przypadku 11 z 12 objętych szczegółowym badaniem postępowań komisja konkursowa przeprowadziła weryfikację potencjału oferentów we wszystkich przypadkach, w których podmioty te nie zawierały wcześniej umów w sprawie realizacji świadczeń opieki zdrowotnej i w treści złożonych ofert nie deklarowały spełniania kryterium ciągłości. Weryfikacji tej nie przeprowadzono w toku jednego postępowania o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju REH z powodu jego unieważnienia⁶⁹.

W sześciu objętych szczegółowym badaniem postępowań, przeprowadzonych w latach 2021-2022 nie doszło do zmniejszenia ani zwiększenia liczby jednostek rozliczeniowych lub ich ceny w wyniku przeprowadzonych negocjacji. W każdym z ww. postępowań wpłynęła jedna oferta - jedno z tych postępowań zostało unieważnione⁷⁰, a w pozostałych pięciu przypadkach propozycje oferenta co do ceny i liczby jednostek rozliczeniowych pozostawały zbieżne z propozycją

⁶⁴ Wprowadzona na podstawie pisma Prezesa NFZ o sygn. DSOZ-SSZS.401.1.2020, 2020.5958.GPO, dalej: *Procedura konkursów i rokowań*.

⁶⁵ W tym sześć w rodzaju AOS oraz po trzy w rodzaju OPH i w rodzaju REH, wybranych do kontroli według kryterium liczby złożonych protestów oraz najwyższych wartości.

⁶⁶ Dalej: OPH.

⁶⁷ Dz. U. poz. 1858, dalej: rozporządzenie w sprawie postępowań konkursowych.

⁶⁸ W jednym przypadku była to osoba upoważniona przez Dyrektora Oddziału.

⁶⁹ 08-22-000108/REH/05/1/01.

⁷⁰ 08-22-000108/REH/05/1/01.

Funduszu, co każdorazowo odnotowywano w protokole końcowym z negocjacji. Szczegółowe badanie protokołów negocjacji z łącznie dwudziestoma czterema oferentami, w ramach sześciu konkursów przeprowadzonych w latach 2023-2024 wykazało, że w jednym przypadku zmniejszono cenę jednostki rozliczeniowej⁷¹, w dziewięciu przypadkach liczba jednostek i wartość jednostek pozostały na poziomie proponowanym przez oferentów, w pozostałych czternastu przypadkach w toku negocjacji zmniejszono liczbę jednostek rozliczeniowych. W trzech postępowaniach⁷² objętych badaniem zmniejszenie liczby jednostek rozliczeniowych było rozbieżne z pozycją oferenta na liście rankingowej, wynikającą z sumy wartości punktowych w rankingach początkowych i końcowych⁷³. W jednym postępowaniu⁷⁴ miała miejsce redukcja liczby jednostek rozliczeniowych w przypadku jednego z dwóch oferentów, przy niezmienionej liczbie jednostek drugiego oferenta.

Szczegółowa analiza sposobu przygotowania przez Oddział propozycji negocjacji w zakresie proponowanej do nabycia przez NFZ liczby jednostek rozliczeniowych wykazała, że podejmowane w tym zakresie czynności nie odpowiadały wymogom wynikającym z *Procedury*, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 3047-3094)

We wszystkich przypadkach prawidłowo wyliczono wartości punktowe złożonych ofert, tj. zgodnie z zasadami określonymi w załącznikach nr 2, nr 5, nr 11 i nr 17 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁷⁵. W wyniku szczegółowej analizy dokonanych przez komisję ocen spełniania warunków w zakresie kompleksowości, ciągłości i jakości udzielanych świadczeń nie stwierdzono nieprawidłowości wskazujących na nieuwzględnienie deklarowanych przez świadczeniodawców danych co do dysponowania zasobami i spełniania warunków udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

(akta kontroli str. 3047-3094)

W Oddziale nie określono w formalny sposób zasad podziału środków pomiędzy oferentami w postępowaniach konkursowych. Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że prowadzenie postępowań odbywa się w oparciu o obowiązującą *Procedurę* i Oddział nie widział konieczności tworzenia dodatkowego formalnego dokumentu regulującego podział środków pomiędzy oferentami w postępowaniach konkursowych. Wskazała także, że podział tych środków zależy od wielu czynników, takich jak: określonej w planie zakupu świadczeń wartości i liczby świadczeń w szczególnych rodzajach i zakresach, planowanej do zawarcia liczby umów, oferowanej ceny przez oferenta, liczby oferentów, którzy złożyli oferty, rankingu otwarcia uwzględniającego wszystkie kryteria różnicujące oferty (jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość, inne oraz cena), danych

⁷¹ Postępowanie 08-24-000061/AOS/02/3/02.7250.0772.02/01.

⁷² 08-24-000117/REH/05/1/01; 08-24-000063/AOS/02/3/02.7250.072.02/01; 08-24-000061/AOS/02/3/02.7250.0772.02/01.

⁷³ Zgodnie z art. 148 ustawy o świadczeniach na sumę składały się kolejno liczba punktów za: cenę, jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość i inne.

⁷⁴ 08-23-000154/OPH/15/1/15.2180.027.02/01.

⁷⁵ Dz. U. poz. 1372, ze zm.

dotyczących pierwotnej i ostatecznej wysokości kontraktu, wykonania świadczeń w poprzednim okresie rozliczeniowym, historii wykonania świadczeń, potencjału oferenta (struktura i zasoby) oraz wyników weryfikacji. Dalej Dyrektor wskazała, że w procesie negocjacji ustaleniom podlega liczba świadczeń opieki zdrowotnej i ich cena, a przed negocjacjami, po dokonaniu analizy ofert pod kątem liczby i ceny świadczeń w odniesieniu do potencjału wykonawczego oferenta i wymagań jakościowych, w oparciu o przyjęte zasady, komisja konkursowa dokonuje podziału środków. Wyjaśniła także, że weryfikację ofert w zakresie liczby oferowanych świadczeń i przygotowania propozycji do negocjacji przeprowadza się oddzielnie w odniesieniu do każdego miejsca udzielania świadczeń i biorąc pod uwagę: dane dotyczące historii realizacji kontraktów, wyniki weryfikacji ceny pod kątem przesłanek jej uznania za rażąco niską, strukturę i zasoby świadczeniodawcy w kontekście zdolności do wykonania oferowanej liczby świadczeń oraz wymagania jakościowe zawarte w szczegółowych materiałach. Z wyjaśnień wynikało też, że w *Opolskim Oddziale praktykuje się zaproszenie do negocjacji wszystkich oferentów biorących udział w postępowaniu konkursowym w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, których oferty zostały zakwalifikowane do części niejawnego postępowania konkursowego.*

(akta kontroli str. 1646-1648)

W 12 objętych szczegółowym badaniem postępowaniach konkursowych na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej złożono łącznie trzy protesty w postępowaniach przeprowadzonych w 2023 r., w tym dwa w rodzaju REH⁷⁶ i jeden w rodzaju OPH oraz trzy odwołania, w tym dwa w postępowaniach przeprowadzonych w 2023 r. w rodzajach REH⁷⁷ i OPH⁷⁸ i jedno w postępowaniu przeprowadzonym w 2024 r. w rodzaju AOS⁷⁹.

(akta kontroli str. 1033, 1549-1560)

Wszystkie objęte szczegółowym badaniem protesty zostały rozstrzygnięte i uzasadnione w ciągu siedmiu dni, tj. w terminie wskazanym w art. 153 ust. 3 ustawy o świadczeniach.

(akta kontroli str. 1623)

Złożone we wskazanych wyżej postępowaniach w rodzajach REH, OPH i AOS odwołania zostały rozpatrzone po upływie odpowiednio 25, 21 i 28 dni od dnia ich złożenia⁸⁰. Stosownie do art. 36 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. – Kodeks postępowania administracyjnego⁸¹, o każdym z ww. przypadków niezłatwienia sprawy w terminie 14 dni, o którym mowa w art. 154 ust. 2 ustawy o świadczeniach, przed jego upływem pisemnie zawiadamiano o tym strony, podając przyczyny zwłoki, wskazując nowy termin załatwienia sprawy oraz pouczając o prawie do wniesienia ponaglenia. Wszystkie postępowania wszczęte

⁷⁶ W postępowaniu o kodzie: 08-23-000117/REH/05/1/01.

⁷⁷ W postępowaniu o kodzie: 08-23-000117/REH/05/1/01.

⁷⁸ W postępowaniu o kodzie: 08-23-000154/OPH/15/1/15.2180.027.02/01.

⁷⁹ W postępowaniu o kodzie: 08-24-000061/AOS/02/3/02.7250.072.02/01.

⁸⁰ Tj. odpowiednio: 29 maja 2023 r., 4 maja 2023 r. i 3 czerwca 2024 r.

⁸¹ Dz. U. z 2024 r., poz. 572.

w wyniku złożenia odwołań zostały zakończone wydaniem decyzji w terminie wyznaczonym przez organ w treści ww. pism.

(akta kontroli str. 1623, 2955-3046)

Realizacja planu zakupów świadczeń

1.9. W obszarach kontraktacyjnych przewidzianych w planach zakupu świadczeń zapewniono porównywalny do nich dostęp.

W sporządzanych w Oddziale planach zakupu świadczeń ujmowana była analiza dostępności do świadczeń, w której uwzględniano dane m.in. o dostępności w poszczególnych rodzajach świadczeń w oparciu poziom nakładów na 10 tys. mieszkańców, poziomie realizacji umów, migracji, liczbie oczekujących i średnim czasie oczekiwania, potencjale wykonawczym świadczeniodawców, w tym o liczbie personelu medycznego. Wyniki tej analizy w połączeniu z odniesieniem do m.in. realizacji priorytetów ogólnopolskich i wojewódzkich oraz zmian w przepisach umożliwiały ocenę zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych na terenie województwa opolskiego, w tym w obszarach kontraktacyjnych.

(akta kontroli str. płyty CD-R z planami zakupu świadczeń 2021-2024)

Analizę zapewnienia przez Oddział porównywalnego dostępu do świadczeń w poszczególnych obszarach kontraktacyjnych przeprowadzono na podstawie danych o wartości zawartych umów oraz wartości zrealizowanych świadczeń przypadających na jednego ubezpieczonego i na jednego mieszkańca dla poszczególnych powiatów województwa w latach 2021-2024. Z danych wynikało, że we wszystkich powiatach województwa w badanym okresie zapewniono dostęp do świadczeń z rodzaju POZ, AOS, SZP, OPH, PSY, REH, RTM, SPO, STM i ZPO. Dostęp do świadczeń z rodzaju ATP, PDITS i SOK nie był zapewniony dla niektórych powiatów i/lub w poszczególnych latach kontrolowanego okresu.

(akta kontroli str. 1047-1050, płyta CD-R plik nr 1, 1365-1368, płyta CD-R plik nr 1, 1385-1390, płyta CD-R pliki nr 1-15)

Z danych o liczbie i wartości zaplanowanych oraz zrealizowanych świadczeń przypadających na jednego mieszkańca w poszczególnych obszarach kontraktacyjnych dla pięciu⁸² zakresów o największej wartości świadczeń zaplanowanych w 2024 r. w rodzaju AOS wynikało, że w czterech zakresach obszarami kontraktacyjnymi były powiaty i miasto Opole - we wszystkich obszarach kontraktacyjnych województwa zapewniono dostęp do tych świadczeń. W przypadku świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii obszarami kontraktacyjnymi były gminy lub grupy gmin i w przypadku tego zakresu dostęp został zapewniony we wszystkich gminach województwa.

(akta kontroli str. 954-974, płyta CD-R pliki z planami, 2950-2953)

W Oddziale prowadzono analizy mające na celu ocenę dostępności do świadczeń w poszczególnych rodzajach i zakresach świadczeń na obszarze województwa opolskiego oraz ocenę potrzeb zdrowotnych ubezpieczonych.

⁸² Tj. świadczenia badania rezonansu magnetycznego (rm) (kod 02.7250.072.02), badania tomografii komputerowej (tk) (kod 02.7220.072.02), świadczenia w zakresie kardiologii (kod 02.1100.001.02), świadczenia w zakresie okulistyki (02.1600.001.02), oraz świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii (kod 02.1450.001.02).

W wyniku tych analiz podejmowano decyzje o ogłoszeniu uzupełniających postępowań konkursowych.

(akta kontroli str. 1481, 1484, 1486-1489)

Dyrektor Oddziału wskazała, że w rodzaju AOS, skutkiem zwiększenia liczby umów w rodzaju *ambulatoryjna opieka specjalistyczna* było zwiększenie poziomu finansowania poradni specjalistycznych w skali roku (...), a od lipca 2021 r. świadczenia zdrowotne w rodzaju *ambulatoryjna opieka specjalistyczna* są nielimitowane. (...) Oddział zapłacił za wszystkie zrealizowane świadczenia zdrowotne w rodzaju *ambulatoryjna opieka specjalistyczna* na terenie województwa opolskiego. Dyrektor OOW stwierdziła, że powyższe działania nieznacznie przyczyniły się jednak do poprawy w zakresie zmiany liczby oczekujących i średniego czasu oczekiwania. Liczba osób na niektóre świadczenia w dalszym ciągu była znaczna a nawet wzrosła. Wpływ na to miała pandemia, która ograniczyła dostępność do świadczeń w poradniach specjalistycznych. Po zniesieniu okresu pandemii osoby ponownie zaczęły zgłaszać się do poradni specjalistycznych, kontynuując przerwane leczenie. Dyrektor OOW wyjaśniła, że przyczyną długiego czasu oczekiwania na niektóre świadczenia u wybranych świadczeniodawców, są decyzje świadomie podejmowane przez świadczeniobiorców, którzy wybierają określone placówki i lekarzy, mając na uwadze ich renomę i opinie innych pacjentów, pomimo długiego czasu oczekiwania na świadczenia w tym podmiocie i znacznie krótszych terminów oczekiwania w innych, mniej „atrakcyjnych” dla pacjenta placówkach. (...) w wielu regionach województwa brakuje lekarzy wybranych specjalności, co uniemożliwia przeprowadzenie skutecznych działań zwiększenia dostępności do świadczeń. Na podobne ograniczenia w dostępności do świadczeń Dyrektor OOW wskazała również w rodzaju REH. Odnosząc się do rodzaju PSY Dyrektor OOW wskazała na kolejne ograniczenie w dostępności do świadczeń stwierdzając, że *pacjenci nie odwołują wizyt, a tym samym blokują dostęp do realizacji świadczeń dla innej osoby*, a w rodzaju LS na ograniczoną liczbę potencjalnych, nowych świadczeniodawców i ich potencjał.

(akta kontroli str. 1482-1493)

1.10. W latach 2021-2024 poprawił się dostęp do świadczeń zdrowotnych mierzony czasem oczekiwania na udzielenie świadczeń. Liczba osób oczekujących na udzielenie świadczenia jednak znacznie wzrosła, co nastąpiło przy jednoczesnym wzroście liczby świadczeń opieki zdrowotnej wykonanych w ramach umów zawartych przez Oddział ze świadczeniodawcami.

Analiza dostępności do świadczeń zdrowotnych mierzonej czasem oczekiwania na świadczenie i liczbą oczekujących wykazała, że w latach 2021-2024 (do 30 czerwca) nastąpiło:

- 1/ zwiększenie liczby osób oczekujących na świadczenia – łącznie z 121 580 do 205 644 (tj. o 69,1%), w tym w ramach przypadków stabilnych z 113 060 do 176 020 (tj. o 55,7%), a przypadków pilnych z 8520 do 29 624 (tj. o 247,7%),
- 2/ obniżenie przeciętnego czasu oczekiwania na świadczenie – ze 150,17 dni do 130,1 dni (tj. o 13,4%), na co istotny wpływ miało zmniejszenie czasu oczekiwania przypadków stabilnych – ze 155,8 dni do 138,77 dni (tj. o 10,9%),
- 3/ wydłużenie przeciętnego czasu oczekiwania w przypadkach pilnych – z 75,36 dni do 78,58 dni (tj. o 4,3%),
- 4/ w 198 przypadkach – zwiększenie liczby oczekujących, w tym w 44 przypadkach liczba oczekujących na 31 grudnia 2020 r. wynosiła zero,

5/ w 54 przypadkach – zmniejszenie liczby oczekujących,
6/ w 199 przypadkach – zwiększenie średniego czasu oczekiwania, w tym
w 40 przypadkach średni czas oczekiwania na 31 grudnia 2020 r. wynosił zero,
7/ w 54 przypadkach – zmniejszenie średniego czasu oczekiwania.
Ponadto w 82 przypadkach, zarówno 31 grudnia 2020 r., jak i 30 czerwca 2024 r.,
nie było osób oczekujących, a w 85 średni czas oczekiwania, zarówno 31 grudnia
2020 r., jak i 30 czerwca 2024 r., wynosił zero.

(akta kontroli str. 990, 1016-1021, płyta CD-R plik nr 28, 1477-1480)

Dyrektor Oddziału wskazała, że *odnosząc się do parametru średni czas oczekiwania przede wszystkim należy zauważyć, że parametr ten nie opisuje dostępności do świadczeń wszystkich osób chcących skorzystać ze świadczenia w danym zakresie (...) i dotyczy wyłącznie pacjentów pierwszorazowych, tj. takich, którzy zgłaszają się do placówki w celu rozpoczęcia leczenia. Poza tymi osobami, placówki medyczne, zwłaszcza w rodzajach AOS, REH oraz PSY udzielają świadczeń osobom upoważnionym do korzystania ze świadczeń poza kolejnością, oraz osobom pozostającym w toku leczenia, korzystającym z terapii długoterminowych i wymagającym wizyt kontrolnych. Stwierdziła też, że zwiększanie liczby miejsc dostępnych w funkcjonujących już miejscach udzielania świadczeń nie musi przekładać się bezpośrednio na skrócenie czasu oczekiwania pacjentów pierwszorazowych - miejsca te w znacznej części zostaną zajęte przez osoby pozostające w toku leczenia oraz przyjmowane poza kolejnością.*

(akta kontroli str. 1482)

W latach 2021-2024 (do czerwca) wzrastała liczba wykonanych świadczeń finansowanych w ramach umów zawartych przez Oddział ze świadczeniodawcami. W 2021 r. wykonano o 12,4% więcej świadczeń niż w 2020 r. i o 9,9% większej liczbie osób. W 2022 r. wykonano o 7,7% większej liczby świadczeń, o 7,2% większej liczbie osób. W 2023 r. liczba świadczeń nadal wzrastała – o 10,1% - przy dalszym wzroście liczby osób – o 9,8%. W pierwszej połowie 2024 r. wykonano 2 035,1 tys. świadczeń, tj. 74,7% świadczeń wykonanych przez cały 2020 r. i 56% świadczeń wykonanych w 2023 r. W rodzaju AOS liczba świadczeń wyniosła w poszczególnych latach okresu 2020-2023: 1 418,9 tys., 1 569,3 tys., 1 6311,6 tys. i 1 731 tys., co stanowiło odpowiednio w latach 2021-2023 wzrost o 10,6%, 4% i 6,1%. W rodzaju SZP liczba świadczeń wyniosła odpowiednio 295,5 tys., 321,5 tys., 377,5 tys. i 417,9 tys., co stanowiło wzrost o 8,8%, 17,4% i 10,7%. W rodzaju PSY liczba świadczeń wyniosła odpowiednio 238,5 tys., 248,3 tys., 263 tys. i 288,5 tys., co stanowiło wzrost o 8,7%, 5,9% i 9,7%. W rodzaju REH wykonano odpowiednio 358,2 tys. 464,6 tys., 564,3 tys. i 691,9 tys. świadczeń, co stanowiło wzrost o 29,7%, 21,5% i 22,6%.

(akta kontroli str. 2943-2949)

Analizy dostępności do świadczeń zdrowotnych w latach 2021-2024 (30 czerwca) dokonano na podstawie próby danych o 20 kolejkach do świadczeń (po pięć kolejek z rodzajów AOS, SZP, REH i PSY) o największej liczbie osób oczekujących oraz 20 kolejek do świadczeń (po pięć kolejek z rodzajów AOS, SZP, REH i PSY) o największym średnim czasie oczekiwania, według stanu na dzień 31 grudnia 2021 r.

Liczba oczekujących, w wybranych do analizy kolejkach w poszczególnych rodzajach świadczeń, przedstawiała się następująco:

- w AOS – w 2022 r. zwiększyła się od 7,1% do 79,5%, w 2023 r. w trzech zakresach zwiększyła się od 1% do 52,2%, a w dwóch zmniejszyła się o 1,3% i 18,6%, w pierwszym półroczu 2024 r. w czterech zakresach zwiększyła się od 3,8% do 14,7%, a w jednym zmniejszyła się o 5,2% - w sumie w latach 2022-2024 (30 czerwca) w badanych zakresach liczba oczekujących zwiększyła się od 7,5% w poradni chirurgii ogólnej (kod 1500) do 73,9% w świadczeniach z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu (kod 60003); jednocześnie nastąpił wzrost liczby świadczeń udzielonych osobom ujętym na analizowanych listach oczekujących⁸³, łącznie w poszczególnych latach było to 114,1 tys. w 2022 r., 129,1 tys. w 2023 r., a w 2024 r. (do 30 czerwca) 69,2 tys.;
- w SZP – w 2022 r. w jednym zakresie zwiększyła się o 25,1%, a w czterech zmniejszyła się od 4,1% do 32,8%, w 2023 r. w pięciu zakresach zmniejszyła się od 6,9% do 51,5%, a w pierwszym półroczu 2024 r. zwiększyła się w jednym zakresie o 1,7% i zmniejszyła w czterech od 2,2% do 53,9% - w sumie w latach 2022-2024 (30 czerwca) w badanych zakresach liczba oczekujących zmniejszyła się od 14,3% w endoprotezoplastyce stawu kolanowego (kod 80005) do 56,7% w oddziale neurochirurgicznym (kod 4570); jednocześnie nastąpił wzrost liczby świadczeń udzielonych osobom ujętym na analizowanych listach oczekujących, łącznie w poszczególnych latach było to 10,8 tys. w 2022 r., 11,5 tys. w 2023 r., a w 2024 r. (do 30 czerwca) 6,2 tys.;
- w REH – w 2022 r. w czterech zakresach zwiększyła się od 4,8% do 68,3%, a w jednym zmniejszyła się o 14,5%, w 2023 r. powtórzyła się tendencja z 2022 r. i w czterech zakresach zwiększyła się od 6,8% do 128%, a w jednym zmniejszyła się o 32,5%, w pierwszym półroczu 2024 r. zwiększyła się w trzech zakresach od 7% do 23,5% i zmniejszyła w dwóch o 7,7% i 9,4% - w sumie w latach 2022-2024 (30 czerwca) w badanych zakresach liczba oczekujących zwiększyła się w czterech zakresach od 19,7% w rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych (kod 71001) do 110,3% w fizjoterapii ambulatoryjnej (kod 71006), a zmniejszyła się w rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych (kod 71003) o 28,8%; jednocześnie nastąpił wzrost liczby świadczeń udzielonych osobom ujętym na analizowanych listach oczekujących, łącznie w poszczególnych latach było to 45,5 tys. w 2022 r., 52 tys. w 2023 r., a w 2024 r. (do 30 czerwca) 28,1 tys.;
- w PSY – w 2022 r. w dwóch zakresach zwiększyła się o 99,3% i 183,1%, a w trzech zmniejszyła od 10,8% do 76%, w 2023 r. w dwóch zwiększyła o 25,1% i 43,1%, a w trzech zmniejszyła od 0,6% do 20,2%, w pierwszej połowie 2024 r. w trzech zwiększyła się od 8,4% do 14,5%, a w dwóch zmniejszyła o 30,3% i 31,3% - w sumie w latach 2022-2024 (30 czerwca) w badanych zakresach zwiększyła się w trzech zakresach od 23,5% w oddziale leczniczym zaburzeń nerwicowych (kod 4704) do 185,6% w poradni zdrowia psychicznego (kod 1700); jednocześnie nastąpił wzrost liczby świadczeń udzielonych osobom ujętym na analizowanych listach oczekujących, łącznie w poszczególnych latach było to 26,9 tys. w 2022 r., 30 tys. w 2023 r., a w 2024 r. (do 30 czerwca) 17,8 tys. osób.

⁸³ Równa liczbie osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia.

Średni czas oczekiwania, w wybranych do badania kolejkach w poszczególnych rodzajach świadczeń, przedstawiał się następująco:

- w AOS – w 2022 r. w czterech zakresach zwiększył się od 8,9% do 31,5%; w 2023 r. zwiększył się w trzech od 22,7% do 36,9% i zmniejszył w dwóch o 2,5% i 31,2%; w pierwszym półroczu 2024 r. w trzech zakresach zwiększył się od 7,1% do 19,2%, a w dwóch zmniejszył się o 0,1% i 6% - w sumie w latach 2022-2024 (30 czerwca) w badanych zakresach średni czas oczekiwania zwiększył się w czterech zakresach od 22,6% w poradni hematologicznej (kod 60004) do 50,6% w poradni gastroenterologicznej (kod 1050), a w świadczeniach z zakresu endokrynologii (kod 60005) zmniejszył o 2,7%;
- w SZP – w 2022 r. w pięciu zakresach zmniejszył się od 17,3% do 89,6%, w 2023 r. w dwóch zakresach zwiększył się o 16% i 18,6% i zmniejszył w trzech zakresach od 4,6% do 19,6%, w pierwszym półroczu 2024 r. zwiększył się w jednym zakresie o 2,8% i zmniejszył w czterech od 4,4% do 34,4% - w sumie w latach 2022-2024 (30 czerwca) w badanych zakresach średni czas oczekiwania zmniejszył się od 31,7% w endoprotezoplastyce stawu kolanowego (kod 80005) do 91,4% w oddziale urologicznym (kod 4640),
- w REH - w 2022 r. w jednym zakresie zwiększył się o 2,9%, a w czterech zmniejszył od 3% do 43,3%, w 2023 r. w czterech zwiększył się od 2,9% do 176,9%, a w jednym zmniejszył o 49,3%, w pierwszym półroczu 2024 r. w dwóch zakresach zwiększył się o 7,3% i 45,9%, a w trzech zmniejszył od 2,9% do 59,9% - sumie w latach 2022-2024 (30 czerwca) w badanych zakresach średni czas oczekiwania zmniejszył się od 5,9% w zakładzie/ośrodku rehabilitacji leczniczej dziennej (kod 2300) do 62% w rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych (kod 71003);
- w PSY – w 2022 r. w czterech zakresach zwiększył się od 8,5% do 219,4%, a w jednym zmniejszył się o 49,1%, w 2023 r. w czterech zakresach zwiększył się od 0,4% do 281,4%, a w jednym zmniejszył o 6,6%, w pierwszej połowie 2024 r. w dwóch zakresach zwiększył się o 22,5% i 28,5%, a zmniejszył w trzech od 27% do 88,8% - sumie w latach 2022-2024 (30 czerwca) w badanych zakresach średni czas oczekiwania zwiększył się w trzech zakresach od 3% w oddziale dziennym zaburzeń nerwicowych (kod 2706) do 293,1% w oddziale leczenia zaburzeń nerwicowych (kod 4704), zmniejszył się w dwóch zakresach - o 39,5% w oddziale psychiatrycznym dla chorych somatycznie (kod 4710) i 78,2% w zakładzie/oddziale opiekuńczo-leczniczym psychiatrycznym (kod 5172).

(akta kontroli str. 1016-1021, płyta CD-R plik nr 28, 1477)

W latach 2021-2024 (do czerwca) wzrastała liczba świadczeń finansowanych w ramach umów zawartych przez Oddział ze świadczeniodawcami. W 2021 r. udzielono o 12,4% więcej świadczeń niż w 2020 r. i o 9,9% większej liczbie osób. W 2022 r. udzielono o 7,7% większej liczby świadczeń i o 7,2% większej liczbie osób. W 2023 r. liczba świadczeń nadal wzrastała – o 10,1% - przy dalszym wzroście liczby osób – o 9,8%. W pierwszej połowie 2024 r. udzielono 2 035,1 tys. świadczeń, tj. 74,7% świadczeń udzielonych przez cały 2020 r. i 56% świadczeń udzielonych w 2023 r. W rodzaju AOS liczba świadczeń wyniosła w poszczególnych latach okresu 2020-2023: 1 418,9 tys., 1 569,3 tys., 1 6311,6 tys. i 1 731 tys. , co stanowiło odpowiednio w latach 2021-2023 wzrost

o 10,6%, 4% i 6,1%. W rodzaju SZP liczba świadczeń wyniosła odpowiednio 295,5 tys., 321,5 tys., 377,5 tys. i 417,9 tys., co stanowiło wzrost o 8,8%, 17,4% i 10,7%. W rodzaju PSY liczba świadczeń wyniosła odpowiednio 238,5 tys., 248,3 tys., 263 tys. i 288,5 tys., co stanowiło wzrost o 8,7%, 5,9% i 9,7%. W rodzaju REH udzielono odpowiednio 358,2 tys. 464,6 tys., 564,3 tys. i 691,9 tys. świadczeń, co stanowiło wzrost o 29,7%, 21,5% i 22,6%.

(akta kontroli str. 2943-2949)

1.11. Oddział weryfikował rzetelność danych dotyczących czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń podawanych przez podmioty lecznicze.

Liczba świadczeniodawców mających obowiązek przesyłania do Oddziału informacji sprawozdawczych z zakresu list oczekujących w latach 2021-2024 (30 czerwca) wynosiła odpowiednio: 405, 389, 388 i 393, liczba świadczeniodawców, którzy przesłali dane wyniosła w tych latach: 370, 358, 362 i 356, co stanowiło: 91,4%, 92%, 93% i 90,8%.

(akta kontroli str. 1066)

Weryfikacja otrzymywanych od świadczeniodawców informacji pod względem kompletności i terminowości oraz pod kątem spójności i jakości danych obejmowała m.in.:

- sprawdzanie terminowości i kompletności informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia (XML oraz AP-KOLCE),
- monitory do świadczeniodawców nieprzekazujących kompletnych danych o pierwszym wolnym terminie,
- sprawdzanie terminowości i kompletności przesyłanych przez świadczeniodawców komunikatów XML dotyczących list oczekujących,
- sprawdzanie terminowości aktualizacji informacji dotyczącej wpisów i skreśleń z list oczekujących w AP-KOLCE,
- wysyłanie komunikatów za pośrednictwem Portalu Świadczeniodawcy lub AP-KOLCE do świadczeniodawców nieprzekazujących danych lub nieaktualizujących ich w terminie,
- publikowanie komunikatów dotyczących terminowości przekazywania danych na stronie internetowej Oddziału lub Portalu Świadczeniodawcy,
- telefonicznych kontaktach ze świadczeniodawcami w związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami w prowadzeniu list oczekujących,
- przesyłaniu pism wzywających do uzupełnienia brakującej sprawozdawczości, korekty błędów sprawozdawczych lub przekazania wyjaśnień dotyczących danych wskazujących na możliwe nieprawidłowości w prowadzeniu list oczekujących.

Oddział nie prowadził u świadczeniodawców kontroli prawidłowości prowadzenia list oczekujących i sporządzania sprawozdań w tym zakresie przekazywanych do NFZ.

(akta kontroli str. 1054-1055, 1391-1441)

Dyrektor OOW wskazała, że z uwagi na objętość danych przekazywanych przez świadczeniodawców do Oddziału (...) prowadzone weryfikacje koncentrują się przede wszystkim na tych zakresach świadczeń, w których największa jest liczba oczekujących i średni czas oczekiwania, czyli w których dostęp do świadczeń jest najbardziej pożądanym przez pacjentów, takich jak np. świadczenia z zakresu kardiologii, endokrynologii, ortopedii czy zabiegów endoprotezoplastyki, oraz na

poszczególnych przypadkach zgłoszeń nieprawidłowości dokonywanych przez pacjentów do Oddziału. Ponadto stwierdziła, że u żadnego z weryfikowanych świadczeniodawców nie potwierdzono poważnych naruszeń zasad prowadzenia list oczekujących i sprawozdawania danych, nie zachodziła konieczność wnioskowania o przeprowadzenie kontroli do Departamentu Kontroli w Centrali NFZ.

(akta kontroli str. 1055, 1056-1057)

Oddział prowadził weryfikację zgłoszeń nieprawidłowości przekazywanych przez pacjentów za pośrednictwem Informatora o Terminach Leczenia oraz zgłaszanych pisemnie bezpośrednio do Oddziału. W latach 2021-2024 do oddziału wpłynęły i zostały rozpatrzone:

- w 2021 r. 83 zgłoszenia, w tym 72 zostały uznane za zasadne,
- w 2022 r. 77 zgłoszeń, w tym 68 zasadnych,
- w 2023 r. 108 zgłoszeń, w tym 104 zasadne,
- do końca czerwca 2024 - 86 zgłoszeń, w tym 83 zasadne.

(akta kontroli str. 1056)

Dyrektor Oddziału wskazała, że *każde zgłoszenie jest rozpatrywane indywidualnie poprzez telefoniczną weryfikację u świadczeniodawcy metodą „anonimowego pacjenta”, a w przypadku potwierdzenia wystąpienia nieprawidłowości przez wezwanie świadczeniodawcy do skorygowania błędnych danych.*

(akta kontroli str. 1055-1056)

1.12. Świadczenia zdrowotne dla mieszkańców obszaru, na którym działał świadczeniodawca, który planowo wstrzymywał udzielanie świadczeń były zabezpieczone. Przesyłane zgłoszenia o planowanych przerwach były weryfikowane i podlegały akceptacji przez upoważnionych pracowników.

W okresie objętym kontrolą świadczeniodawcy zgłaszali przerwy w realizacji świadczeń. W poszczególnych latach okresu 2021-2024 (30 września) było to 1076, 790, 905 i 600 zgłoszeń. Zgłoszenia były odnotowywane w systemie informatycznym NFZ. Zgodnie z OWU przerwa w udzielaniu świadczeń wymaga pisemnej zgody Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału, wydanej w terminie 14 dni od otrzymania powiadomienia, a w przypadku ambulatoryjnych świadczeń – w terminie 8 dni od otrzymania powiadomienia. Za zgodę uważa się również brak sprzeciwu Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału w wymienionych terminach. W Oddziale nie opracowano procedury akceptacji zgłoszenia o planowanej przerwie w udzielaniu świadczeń.

(akta kontroli str. 1382-1384, płyta CD-R pliki 1-3)

Dyrektor Oddziału upoważnił pisemnie wybranych pracowników Oddziału do akceptacji w jej imieniu wniosków świadczeniodawców o planowanej przerwie w udzielaniu świadczeń.

(akta kontroli str. 1180-1208, 1374, 1382-1384, płyta CD-R pliki 3-4)

Dyrektor OOW wskazała, że *w przypadkach długotrwałych przerw w udzielaniu świadczeń, mogących mieć istotny wpływ na ograniczenie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, komórki merytoryczne wnioskują do Dyrektora OOW o wyrażenie zgody na przedmiotową przerwę. W przypadku krótkotrwałych przerw, niemających znaczącego wpływu na ograniczenie dostępności do świadczeń, pracownicy komórek merytorycznych akceptują przekazane przez świadczeniodawców zgłoszenia*

(w przypadku wniosków elektronicznych) bądź przyjmują do wiadomości zgłoszoną w formie pisemnej przerwę.

(akta kontroli str. 1380)

Oddział weryfikował zgłoszenia przerw w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności w zakresie sposobu zapewnienia ciągłości ich udzielania. W przypadku zgłoszenia o planowanej przerwie w udzielaniu świadczeń bez zachowania terminu przesyłane było pismo o niewyrażeniu zgody na przerwę oraz wskazujące świadczeniodawcy, że informację o planowanej przerwie w udzielaniu świadczeń należy zgłaszać co najmniej 30 dni przed jej wystąpieniem.

(akta kontroli str. 1209-1361)

Oddział nie nakładał kar umownych na świadczeniodawców, którzy dokonali zgłoszenia o planowanej przerwie w udzielaniu świadczeń bez zachowania wymogów.

Dyrektor Oddziału wskazała, że Ogólne Warunki Umów nie nakładają na Fundusz obowiązku nałożenia kary w przedmiotowych przypadkach, lecz decyzja w tym zakresie ma zawsze charakter fakultatywny i pozostaje w kompetencjach Dyrektora Oddziału. Zachowując zasadę równego traktowania świadczeniodawców nie nastąpiły więc sytuacje, w których jedni świadczeniodawcy byliby karani, a wobec innych nie nakładano by kary.

(akta kontroli str. 1377)

Od 15 listopada 2019 r. wprowadzono procedurę wewnętrzną Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej w zakresie korekty ryczałtu systemu podstawowego zabezpieczenia szpitalnego PSZ w przypadku przerwy w działalności poszczególnych komórek/profilu podmiotu leczniczego realizującego umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie PSZ.

(akta kontroli str. 1362-1364)

Weryfikacja raportów statystycznych przedkładanych przez świadczeniodawców odbywała się na podstawie Zarządzenia nr 306/2018 Dyrektora OOW w sprawie wprowadzenia procedury walidacji i weryfikacji danych o świadczeniach przekazanych przez Świadczeniodawcę w ramach realizacji umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej oraz od 20 września 2022 r. na podstawie Zarządzenia nr 235/2022 Dyrektora OOW w sprawie wprowadzenia procedury walidacji i weryfikacji danych o świadczeniach przekazanych przez Świadczeniodawcę w ramach realizacji umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. Weryfikacja faktur odbywała się w systemach informatycznych Oddziału. Od 15 stycznia 2024 r. wprowadzono do Centralnych Reguł Weryfikacyjnych sprawdzenie 50811031, tj. sprawdzenie czy świadczenie nie było udzielone w okresie zgłoszonej przez świadczeniodawcę przerwy.

(akta kontroli str. 1377-1379)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Dyrektor Oddziału przekazał do Centrali NFZ ostateczną wersję planu zakupu świadczeń zdrowotnych na 2022 r. 27 czerwca 2022 r., zamiast do 24 czerwca 2022 r.⁸⁴

(akta kontroli str. 2766, 2771-2774)

Dyrektor OOW wskazała, że *ostateczna wersja planu zakupu na rok 2022 została zatwierdzona przez Dyrektora Oddziału 24 czerwca 2022 r. (piątek) (...) Z uwagi na zaistniałe problemy techniczne została przekazana w następnym dniu roboczym tj. 27.06.2022 r. o godz.7.52 (poniedziałek). Telefonicznie poinformowano Centralę NFZ o wstępującym problemie.*

(akta kontroli str. 1041)

2. Dyrektor Oddziału nie przekazał Centrali NFZ wstępnych wersji planów zakupu świadczeń na rok 2023 i rok 2024, pomimo obowiązku wynikającego z pkt 2.III.3 procedury z 2021 r.

(akta kontroli str. 1037)

Dyrektor OOW wskazała, że *nieprzekazanie do Centrali wstępnej wersji planów zakupu za rok 2023 i 2024 wynika ze zmian ustawy o świadczeniach, a w szczególności zamiany zapisu art. 131b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że ww. przepis w pierwotnym brzmieniu, w powiązaniu z postanowieniami uchylonego zapisu art. 107 ust. 5 pkt 3 ustawy o świadczeniach, zobowiązywał dyrektora oddziału wojewódzkiego do tworzenia planu zakupu świadczeń. Przepis ten został zmodyfikowany w ten sposób, że do stworzenia planu zakupu świadczeń zobowiązany został Prezes NFZ, natomiast plan zakupu powinien być przedstawiony do zaopiniowania Radzie oddziału wojewódzkiego. Pierwszy plan zakupu ustalony wg nowych przepisów, Prezes NFZ sporządził i zatwierdził na rok 2023. Dyrektor OOW stwierdziła też, że procedura z 2021 r. miała zastosowanie do realizacji zadań związanych z przygotowaniem planów zakupu przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich. Określała przygotowanie planu zakupu na szczeblu oddziału wojewódzkiego oraz zbiorczego planu zakupu w Narodowym Funduszu Zdrowia wraz z publikacją na dany rok obowiązywania.*

(akta kontroli str. 1038-1039, 1043)

NIK nie podziela opinii Dyrektora OOW w kwestii braku obowiązywania procedury z 2021 r. w trakcie przygotowania planów zakupu świadczeń na 2023 r. i 2024 r. Bezsprzecznie nastąpiła zmiana przepisów ustawy o świadczeniach. Jednakże uregulowania wewnętrzne, wprowadzone przez Prezesa, obowiązywały nadal i odnosiły się do m.in. ww. dokumentów. Szczególnie z uwagi na udzielone Dyrektorowi Oddziału pełnomocnictwa⁸⁵, jak też faktyczne wykonywanie czynności związanych z planami w Oddziale. Podkreślić należy, że już po zmianie przepisów kompetencyjnych, tj. po 30 lipca 2021 r., w ramach opracowania planu zakupu świadczeń na lata 2023 i 2024,

⁸⁴ Tj. w terminie ustalonym w piśmie Zastępcy Prezesa ds. Medycznych NFZ, działającego z upoważnienia Prezesa NFZ nr DSOZ-DRSJGP.401.77.2022.200956.CMJS z 15 czerwca 2022 r.

⁸⁵ Prezes NFZ udzielił byłemu Dyrektorowi OOW (30 listopada 2021 r.), a następnie p.o. Dyrektor OOW (5 października 2022 r. i 10 lutego 2023 r.) pełnomocnictw w zakresie działania oraz właściwości miejscowej OOW NFZ do m.in. dokonywania czynności określonych w art. 102 ust. 5 pkt 9a ustawy o świadczeniach.

w korespondencji Oddziału kierowanej do Centrali, powoływano się na procedurę z 2021 r. – np. w piśmie z 9 grudnia 2022 r. przekazującym zatwierdzony Plan Zakupu Świadczeń na rok 2023 r.⁸⁶ oraz piśmie z 18 grudnia 2023 r. przekazującym plan zakupu świadczeń na 2024 r.⁸⁷ stwierdzono, że plany te *sporządzone zostały zgodnie z procedurą z 2021 r.*

(akta kontroli str. 941-949, 977-987, 2906, 2935-2936)

3. W przypadku trzech z czterech objętych szczegółowym badaniem umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju AOS (1 umowa) i STM (2 umowy), okres obowiązywania tych umów został dwukrotnie przedłużony o sześć miesięcy, na podstawie bezpośrednio następujących po sobie aneksów, tj. łącznie o 12 miesięcy, co stanowiło naruszenie art. 156 ust. 1a ustawy o świadczeniach. Zgodnie z tym przepisem, w przypadku gdy zachodzi ryzyko braku zabezpieczenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, okres obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń może zostać przedłużony, jednak nie dłużej niż o 6 miesięcy.

Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że *zgodnie z interpretacją art. 156 ust. 1a ustawy o świadczeniach Ministerstwa Zdrowia przedstawioną w piśmie znak: UZ-PR.716.138.2016.MM IK.795499 z 15.12.2016 r. (kserokopia w załączeniu), przedłużenie umów na kolejne 6 miesięcy nie zostało ograniczone limitem, zatem może być dokonywane kilkakrotnie. Termin 6 miesięcy odnosi się natomiast do każdorazowego aktu przedłużenia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wobec powyższego, działania podejmowane przez Oddział były zgodne z otrzymanymi wytycznymi. Wskazała także, że rezygnacja z realizacji kontraktów przez świadczeniodawców w szczególności w rodzaju STM i AOS (podeszły wiek realizatorów umowy / nieadekwatna wycena świadczeń udzielanych w ramach NFZ w stosunku do usług prywatnych / migracja lekarzy specjalistów do bardziej renowowanych ośrodków / brak lekarzy specjalistów z poszczególnych dziedzin medycyny) oraz nikłe zainteresowanie ze strony obecnych świadczeniodawców zawarciem nowych umów w niektórych dziedzinach medycyny (rozszerzenie umowy) i potencjalnie nowych oferentów, to kolejne czynniki niosące za sobą istotne ryzyko nienależytego zabezpieczenia udzielania świadczeń w poszczególnych rodzajach świadczeń.*

(akta kontroli str. 1658-1699, 3095-3103)

Według NIK, regulacja zawarta w art. 156 ust. 1a ustawy o świadczeniach ma charakter szczególny i z tego względu nie może podlegać interpretacji rozszerzającej, pozwalającej na przyjęcie dopuszczalności wielokrotnego przedłużania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, poza przyjęty w treści tego przepisu okres sześciu miesięcy. NIK wskazuje także, że praktyka wielokrotnego aneksowania terminu obowiązywania ww. umów stoi w sprzeczności z wynikającą z art. 139 ust. 1 ustawy o świadczeniach zasadą ich zawierania po uprzednim przeprowadzeniu konkursu lub rokowań.

4. W trzech z dwunastu objętych szczegółowym badaniem postępowań konkursowych w rodzajach AOS i REH, w których złożono więcej niż jedną ofertę, w ramach prowadzonych negocjacji komisje konkursowe przedstawiły czterem oferentom propozycje zawarcia umowy przewidujące większą liczbę jednostek

⁸⁶ Pismo nr Pismem WSOZ-DAN.600.4.2022 OOW.2.EG.

⁸⁷ Pismo nr NZZ08-WSOZ-DAN.623.1.2023.

rozliczeniowych niż proponowana pozostałym, wyżej sytuowanym w rankingu oferentom, co w ocenie NIK świadczy o braku rzetelności podejmowanych w tym zakresie czynności.

Zgodnie z pkt 3.2.3.1. procedury *Sporządzenie końcowego rankingu*, ranking końcowy zawiera wszystkie oferty, które nie zostały odrzucone. Oferty są uszeregowane w kolejności wynikającej z łącznej liczby punktów oceny, z uwzględnieniem wyników negocjacji (o ile negocjacje były przeprowadzone). (...) Komisja dokonuje wyboru oferentów w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym do wyczerpania łącznej liczby planowanych do zakupu świadczeń lub wartości zamówienia określonym w ogłoszeniu oraz maksymalnej liczby umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określonej w ogłoszeniu.

(akta kontroli str. 1587-1588)

W postępowaniu o kodzie 08-24-000117/REH/05/1/01 - oferenci z pozycji 1 i pozycji 2, w rankingu otrzymali propozycję nabycia przez NFZ świadczeń w ilości odpowiednio: 155 000 jednostek rozliczeniowych (23,25% planowanego w tym postępowaniu zakupu), 190 261 jednostek rozliczeniowych (28,54%). Ponownie w omawianym postępowaniu oferenci z pozycji 7 i pozycji 6 w rankingu otrzymali propozycję nabycia przez NFZ świadczeń w ilości odpowiednio 30 900 jednostek rozliczeniowych (4,63% planowanego w tym postępowaniu zakupu) i 26 852 jednostek rozliczeniowych (4,03%);

W postępowaniu o kodzie 08-24-000063/AOS/02/3/02.7250.072.02/01 - oferent z pozycji 1 w rankingu otrzymał propozycję nabycia przez NFZ świadczeń w ilości 679 203 jednostek rozliczeniowych co stanowiło 22,27% planowanego w tym postępowaniu zakupu, a oferent z pozycji 2 w rankingu otrzymał propozycję nabycia przez NFZ 2 370 406 jednostek rozliczeniowych co stanowiło 77,73% planowanego w tym postępowaniu zakupu.

W postępowaniu o kodzie 08-24-000061/AOS/02/3/02.7250.0772.02/01 - oferent z pozycji 2 w rankingu otrzymał propozycję nabycia 834 330 jednostek rozliczeniowych, co stanowiło 17,41% planowanego w tym postępowaniu zakupu, a oferent z pozycji 3 w rankingu 2 687 135 jednostek rozliczeniowych co stanowiło 56,08% planowanego w tym postępowaniu zakupu.

Ponadto, w postępowaniu o kodzie 08-24-000117/REH/05/1/01 pełen zakres świadczeń przewidziany do zakupu przez NFZ pokrywały łącznie oferty nr 1 i 2 w rankingu, zatem zgodnie z treścią pkt 3.2.3.1. ww. procedury, komisja winna zarekomendować zawarcie umów jedynie z dwoma świadczeniodawcami. W postępowaniach nr 08-24-000063/AOS/02/3/02.7250.072.02/01 i 08-24-000061/AOS/02/3/02.7250.0772.02/01 pełen zakres świadczeń przewidziany do zakupu przez NFZ pokrywały w obu przypadkach oferty z pierwszych miejsc w rankingu zatem komisje winny zarekomendować zawarcie umowy z jednym oferentem.

W postępowaniu nr 08-23-000154/OPH/15/1/15.2180.027.02/01 miała miejsce redukcja proponowanej liczby jednostek rozliczeniowych oferenta z drugiej pozycji w rankingu, w trakcie prowadzonych negocjacji, przy pozostawieniu 100% liczby świadczeń oferowanych przez podmiot usytuowany na pierwszym miejscu w rankingu.

(akta kontroli str. 1832-1893)

Wyjaśniając przyczyny takiego sposobu postępowania Dyrektor Oddziału wskazała, że w trakcie prowadzenia negocjacji przy podziale środków pomiędzy oferentami w postępowaniach konkursowych dotyczących świadczeń opieki zdrowotnej (nie dotyczy chemioterapii i programów lekowych), komisja ustala poziom finansowy odrębnie dla każdego oferenta stosując zapisy wynikające z regulacji określonej w obowiązującej procedurze konkursowej w punkcie 3.2.1.2. Ma też na uwadze zachowanie zależności pomiędzy pozycją oferenta w rankingu, a zaoferowaną przez Oddział globalną liczbą jednostek rozliczeniowych w danym postępowaniu. Ostateczny podział środków między oferentów określony jest w protokole końcowym do postępowania konkursowego. Wynik zakończenia negocjacji z oferentami stanowi ranking końcowy, który generuje się ze wskazaniem ofert do zawarcia umowy. Zasady podziału środków odrębnie dla każdego oferenta z uwzględnieniem zachowania zależności pomiędzy pozycją w rankingu a zaoferowaną przez Oddział liczbą jednostek rozliczeniowych nie zostały jednak w sposób formalny określone w Oddziale. (..) W pojedynczych przypadkach na postępowania zgłasza się dwóch lub więcej oferentów. Realizacja świadczeń przez kilka podmiotów nie stanowi konkurencji, lecz umożliwia lepszy dostęp do leczenia na terenie województwa opolskiego. Kwota przeznaczona na świadczeniodawców jest dzielona równo pomiędzy oferentów, których oferty spełniły wymogi z uwzględnieniem propozycji zawartej w ofercie. tj. liczba świadczeń przedstawiona dla oferenta nie może być wyższa niż w ofercie.

(akta kontroli str. 1649)

Kierownik działu AOS STM ZPO udzielając ustnych wyjaśnień w sprawie sposobu ustalania propozycji komisji konkursowej co do liczby świadczeń przeznaczonych do nabycia od świadczeniodawcy w ramach negocjacji prowadzonych w postępowaniach o kodach:

08-24000063/AOS/02/3/02.7250.072.02/01

i 0824 000061/AOS/02/3/02.7250.0772.02/01

wskazała, że celem negocjacji było wytypowanie maksymalnej liczby oferentów w celu zapewnienia jak najlepszej dostępności do świadczeń dla pacjentów. Zdarzają się przypadki ze najwyższej sytuowany oferent, który składa ofertę pokrywającą całe zapotrzebowanie na świadczenia wskazane w konkursie, nie jest w stanie zrealizować w pełni tego zapotrzebowania. Rozłożenie umów na większą liczbę świadczeniodawców poprawia znacząco dostępność do świadczeń dzięki szerszemu rozlokowaniu punktów świadczeń. Podział punktów w trakcie negocjacji odpowiada potencjałowi oferenta podanemu w ofercie (harmonogram, personel) i powinien odpowiadać realizacji świadczeń w poprzednich okresach rozliczeniowych.

(akta kontroli str. 1894-1895)

Również pełniąc funkcję członka komisji konkursowych Starszy specjalista w Oddziale podała, że: celem negocjacji było wytypowanie maksymalnej liczby oferentów w celu zapewnienia jak najlepszej dostępności do świadczeń dla pacjentów. Zdarzają się przypadki, że najwyższej sytuowany oferent, który składa ofertę pokrywającą całe zapotrzebowanie na świadczenia wskazane w konkursie, nie jest w stanie zrealizować w pełni tego zapotrzebowania. Rozłożenie umów na większą liczbę świadczeniodawców poprawia znacząco dostępność do świadczeń dzięki szerszemu rozlokowaniu punktów świadczeń. Podział punktów w trakcie negocjacji odpowiada potencjałowi oferenta podanemu w ofercie (harmonogram, personel)

i powinien odpowiadać realizacji świadczeń w poprzednich okresach rozliczeniowych.

(akta kontroli str. 1896-1899)

NIK nie kwestionuje zasadności przeprowadzania analizy oferowanej liczby i ceny świadczeń w kontekście potencjału oferenta i wymagań jakościowych, należy jednak wskazać, że zaniechanie dokumentowania okoliczności, które w ocenie komisji konkursowej miały wpływ na formułowanie propozycji Funduszu, stanowiących przedmiot negocjacji, nie zapewniało przejrzystości prowadzonego postępowania i uniemożliwiało wykazanie, że postępowanie to – w opisanym wyżej zakresie – nie było prowadzone w sposób dowolny.

OCENA CZĄSTKOWA

Działania Oddziału związane z kontraktowaniem skutkowały zwiększeniem dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej – skróceniem przeciętnego czasu oczekiwania na świadczenie oraz wzrostem liczby wykonanych świadczeń.

Oddział podejmował działania w celu zwiększenia poziomu prawidłowego wykonywania przez świadczeniodawców obowiązku rzetelnego i terminowego sprawozdawania informacji z zakresu list oczekujących, jak też przeprowadzał kontrole świadczeniodawców, którzy zawierali umowy po raz pierwszy.

W procesie opracowywania planów zakupu świadczeń Oddział wykorzystywał dane umożliwiające rzetelne ich opracowanie, z uwzględnieniem m.in. priorytetów ogólnopolskich i wojewódzkich, a także dane z planów finansowych. Plany zakupów świadczeń zdrowotnych na lata 2021-2023 zostały zrealizowane w poszczególnych rodzajach świadczeń, co do zasady, na zamierzonym lub wyższym poziomie.

Działania Oddziału polegające na prowadzeniu postępowań konkursowych odpowiadały wymogom wynikającym z przepisów ustawy o świadczeniach, rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie postępowań konkursowych oraz ustalonej przez Prezesa NFZ Procedury konkursów i rokowań. W postępowaniach tych prawidłowo weryfikowano potencjał oferentów i dokumentowano ich przebieg, a stwierdzone przypadki nierzetelnego przygotowania propozycji negocjacji pozostawały bez wpływu na realizację przyjętych planów zakupu świadczeń. Oddział z naruszeniem art. 156 ust. 1a podejmował czynności polegające na zmianie terminu obowiązywania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzajach AOS i STM, z uwagi na jego przedłużenie o okres dłuższy niż wskazany w przywołanym wyżej przepisie.

OBSZAR

2. Wykonanie planu finansowego, w tym kosztów świadczeń opieki zdrowotnej

2.1. Dyrektor Oddziału szacował przychody i koszty uwzględniane w planach finansowych Oddziału oraz przekazywał projekty tych planów zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach oraz wewnętrzną procedurą NFZ w tym zakresie.

Plany finansowe Oddziału na lata 2021-2024 opracowywano w oparciu o trzyletnie prognozy przychodów i kosztów sporządzanych na podstawie

art. 120 ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach oraz wytycznych do ich opracowania i prognozowanych kosztów na dany rok. W ramach prac nad opracowaniem prognoz kosztów Oddział każdorazowo otrzymywał z Centrali NFZ informacje o prognozowanych kosztach wraz z założeniami i wytycznymi do ich opracowania. Sporządzona przez OOW prognoza przedstawiała propozycję podziału środków na koszty świadczeń zdrowotnych, koszty administracyjne, koszty finansowe oraz pozostałe koszty. Prognozę kosztów świadczeń każdorazowo sporządzano w oparciu o dane za poprzednie lata⁸⁸, przy czym prognozy sporządzone w latach 2021-2022 oparto na danych za rok 2019. Powyższe wynikało z zaniżonego, z uwagi na epidemię COVID-19, poziomu realizacji świadczeń w latach 2021-2022. Dyrektor Oddziału corocznie sporządzał, na podstawie regulacji zawartych w zarządzeniu Prezesa NFZ⁸⁹, informacje w zakresie planowanych kosztów innych niż koszty świadczeń zdrowotnych⁹⁰ i przekazywał je do Centrali NFZ. Wysokość planowanych kosztów administracyjnych ustalano w oparciu o wysokość amortyzacji wynikającej z zapisów księgowych uwzględniających zakupy wynikające z realizacji planu inwestycyjnego. Prognozowaną wysokość pozostałych kosztów oraz kosztów finansowych określono na podstawie toczących się spraw sądowych w czasie sporządzania prognozy.

(akta kontroli str. 728-760, 2488)

Zamieszczone w projektach planów finansowych na lata 2021-2024 prognozy kosztów świadczeń opieki zdrowotnej Oddziału sporządzano na podstawie danych dotyczących umów zawartych na poprzednie okresy rozliczeniowe⁹¹. Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych wyjaśnił, że *Oddział chcąc zachować dotychczasową strukturę rodzajową świadczeń, zestawia wartość świadczeń rzeczywiście wykonanych przez świadczeniodawców z roku poprzedniego (bazą jest okres lipiec-grudzień z uwagi na coroczny wzrost wynagrodzenia zasadniczego w umowach od miesiąca lipca, skalkulowany na cały rok) z wartością zarówno zawartych umów, jak i ich rzeczywistym wykonaniem w roku, w którym jest opracowywany plan finansowy na rok następny (np. dane za I kwartał skalkulowane na cały rok). Powyższe ma na celu określenie maksymalnych potrzeb finansowych, niezbędnych do prawidłowego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na terenie działalności OOW*. Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych podkreślił, że *kluczową kwestią w procesie opracowywania projektu planu*

⁸⁸ Prognoza kosztów świadczeń w poszczególnych rodzajach świadczeń przygotowano w oparciu o zawarte umowy (na dzień 1 stycznia) i rzeczywiste wykonanie świadczeń za okresy: a/ na lata 2024-2026 – umowy na 2023 r. oraz wykonanie w 2022 r. i w I kwartale 2023 r., b/ na lata 2023-2025 – umowy na 2022 r. oraz wykonanie w 2019 r. i w I kwartale 2022 r., c/ na lata 2022-2024 – umowy na 2021 r. oraz wykonanie w 2019 r. i w I kwartale 2021 r., d/ na 2021 r. – umowy pierwotne na 2020 r. oraz wykonanie 2019 r.

⁸⁹ Załącznik do zarządzenia Nr 33/2016/BK Prezesa NFZ z dnia 29 kwietnia 2016 r. Zasady tworzenia rezerw oraz biernych rozliczeń międzyokresowych kosztów w Narodowym Funduszu Zdrowia.

⁹⁰ Dyrektor OOW wskazuje prognozowaną wartość kosztów administracyjnych wyłącznie w poz. D7 (amortyzacja środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych).

⁹¹ Projekt planu finansowego w poszczególnych rodzajach świadczeń przygotowano w oparciu o zawarte umowy (na dzień 1 stycznia) oraz rzeczywiste wykonanie świadczeń: a/ na 2024 r. – umowy na 2023 r. oraz wykonanie w 2022 r. i w okresie styczeń – maj 2023 r., b/ na 2023 r. – umowy na 2022 r. oraz wykonanie w 2019 r. i w I kwartale 2022 r., c/ na 2022 r. – umowy na 2021 r. oraz wykonanie w 2019 r. i w I kwartale 2021 r., d/ na 2021 r. – umowy pierwotnie obowiązujące w 2020 r. oraz wykonanie w 2019 r.

finansowego na rok następny jest ogólnie określona wysokość środków finansowych w projekcie planu finansowego, do której Oddział musi się dostosować.
(akta kontroli str. 348-680, 728-760)

Działania podejmowane przez OOW w zakresie sporządzania planów finansowych na lata 2021-2024 odpowiadały obowiązującej w jednostce procedurze opracowania planu finansowego⁹² oraz wytycznym kierowanym przez Centralę NFZ wraz z informacją o przewidywanych kosztach Oddziału⁹³. Zgodnie z treścią ww. procedury Centrala NFZ pozyskiwała dane w zakresie m.in.: liczby osób ubezpieczonych, wskaźników makroekonomicznych, wysokości dotacji, przychodów należnych ze składek na ubezpieczenia zdrowotne, kosztach świadczeń opieki zdrowotnej i liście kodów jednostkowych programów lekowych aktualnej w roku poprzedzającym rok planowania. Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że podczas sporządzania projektów planów finansowych OOW korzystano z *danych publikowanych przez GUS, pochodzących z rejestrów urzędowych i systemów informacyjnych administracji publicznej oraz własnych zasobów informacyjnych zgromadzonych w systemach OOW, pochodzących ze sprawozdawczości świadczeniodawców, jak również baz danych udostępnianych przez Centralę.*

(akta kontroli str. 348-365, 368, 373, 388, 405, 426-427, 449, 472, 489, 507, 525, 548, 565, 582-583, 605, 624-625, 627-629, 831)

W całym okresie objętym kontrolą Rada Oddziału pozytywnie opiniowała projekty planów finansowych⁹⁴, jednocześnie wyrażając zaniepokojenie niewystarczającym poziomem środków finansowych przeznaczonych na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w województwie oraz wskazując ich brakującą wartość⁹⁵.

(akta kontroli str. 400-401, 522, 592-593, 668-669)

Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że w latach 2021-2024 wielkość planowanych kosztów świadczeń zdrowotnych Oddziału w poszczególnych rodzajach i zakresach ustalano w oparciu o obowiązujące w danym momencie przepisy oraz wytyczne Centrali NFZ, określające sposób wyliczania i ustalania stawek ryczałtów. Według wyjaśnień Dyrektora Oddziału *przyjęta metodologia pozwoliła na zachowanie dotychczasowych zasad kontraktowania świadczeń opieki*

⁹² Procedura do procesu: *Opracowanie planu finansowego NFZ* podpisana 7 lipca 2020 r. przez Prezesa NFZ.

⁹³ Zgodnie z załącznikiem nr 1 *Założenia do projektu planu finansowego NFZ na rok 2024* planowany podział środków na świadczenia zdrowotne w roku 2024 winien uwzględniać w szczególności: a/ zachowanie dotychczasowej struktury rodzajowej planowanych kosztów świadczeń zdrowotnych, b/ utrzymanie, co do zasady, dotychczasowych zasad kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej. Przedmiotowe zapisy zamieszczone zostały we wszystkich założeniach do corocznej trzyletniej prognozy kosztów oddziałów NFZ (na lata 2024-2026, 2023-2025, 2022-2024, 2021-2023) oraz we wszystkich założeniach do projektu planu finansowego NFZ (na 2024 r., 2023 r., 2022 r. i 2021 r.).

⁹⁴ Uchwały w sprawie zaopiniowania projektów planów finansowych OOW: 1/ nr 5/2023 z 23 czerwca 2023 r., 2/ nr 5/2022 z 24 czerwca 2022 r., 3/ nr 7/2021 z 24 czerwca 2021 r., 4/ nr 5/2020 z 25 czerwca 2020 r.

⁹⁵ Rada OOW wskazała brakujące środki finansowe w planach finansowych w kwocie: a/ na 2024 r. – 303 057 tys. zł (uchwała nr 5/2023 z 23 czerwca 2023 r.), b/ na 2023 r. – brak wskazania kwoty z uwagi na trudne do szacowania skutki wprowadzenia w życie projektu ustawy z dnia 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw, c/ na 2022 r. – 277 790 tys. zł (uchwała nr 7/2021 z 24 czerwca 2021 r.), d/ na 2021 r. – 47 211,24 tys. zł (uchwała nr 5/2020 z 25 czerwca 2020 r.).

zdrowotnej oraz na uwzględnienie w propozycjach finansowych przedstawianych świadczeniodawcom zmian cen wynikających z rekomendacji Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji⁹⁶ lub innych procedowanych w trakcie roku na podstawie rozporządzeń Ministra Zdrowia, zarządzeń Prezesa NFZ lub poleceń Centrali NFZ. W zakresie świadczeń lekowych obejmujących koszt leku planowaną cenę jednostkową ustalano w oparciu o wytyczne przekazane przez Centralę NFZ, obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz szczegółowe porozumienia pomiędzy producentem leku a Ministrem Zdrowia⁹⁷. Dyrektor Oddziału wskazała, że ww. *metodologia ustalania planowanej ceny jednostki rozliczeniowej nie dotyczyła świadczeń w rodzajach: 1/ podstawowa opieka zdrowotna*⁹⁸, *2/ zaopatrzenie w wyroby medyczne*⁹⁹, *3/ programy pilotażowe, ratownictwo medyczne, 4/ pomoc doraźna i transport sanitarny oraz zakresów świadczeń: izba przyjęć i szpitalny oddział ratunkowy*¹⁰⁰ *w rodzaju leczenie szpitalne*. Planowaną cenę jednostkową w ww. rodzajach świadczeń zdrowotnych ustalano: 1/ POZ – jako ceny jednostkowe, stawki kapitałowe oraz ryczałty określono w załączniku do zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju POZ, 2/ ZPO – jako kwotę refundacji wynikającą z limitu finansowania określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, 3/ programy pilotażowe – określono w rozporządzeniu Ministra Zdrowia właściwego dla danego programu pilotażowego, 4/ Ratownictwo medyczne – jako ryczałt dobowy, 5/ Pomoc doraźna i transport sanitarny – jako ryczałt dobowy¹⁰¹, 6/ LS w zakresach świadczeń Izba Przyjęć i SOR – jako ryczałt dobowy¹⁰². Dyrektor Oddziału poinformowała, że Oddział ma możliwość dostosowania planowanej ceny jednostki rozliczeniowej do średniej ceny obowiązującej w kraju. Zaznaczyła jednak, że z uwagi na niedobory finansowe w kontrolowanym okresie działania te procedowano sporadycznie¹⁰³.

(akta kontroli str. 789-803)

⁹⁶ Dalej: AOTMiT.

⁹⁷ Cena ta przez cały okres kontroli wynosiła 1,00 zł, co podyktowane było koniecznością ujednolicenia ceny za lek w skali całego kraju.

⁹⁸ Dalej: POZ.

⁹⁹ Dalej: ZPO.

¹⁰⁰ Dalej: SOR.

¹⁰¹ Ryczałt dobowy jako uśredniona kwota przeznaczona na sfinansowanie świadczeń wyjazdowego zespołu sanitarnego typu „N” lub zespołu transportu medycznego w ramach gotowości do wykonywania świadczeń w ciągu doby. W okresie objętym kontrolą AOTMiT opracowała wycenę świadczeń przez wyjazdowy zespół sanitarny typu „N” oraz zespół transportu medycznego (nowe stawki ryczałtów zastosowano od 1 grudnia 2021 r.).

¹⁰² Sposób kalkulacji cen jednostek rozliczeniowych regulują zapisy zarządzeń Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Każdorazowe rekomendacje AOTMiT dotyczące zmiany wyceny świadczeń implementowane są do kolejnych zarządzeń Prezesa NFZ.

¹⁰³ Dotyczy świadczeń: a/ w rodzaju STM (2022 r.), b/ w PSY (w 2022 r.), c/ w zakresie rehabilitacji neurologicznej dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności, rehabilitacji kardiologicznej lub kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej w ośrodku/oddziale dziennym i rehabilitacji kardiologicznej lub kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej w ośrodku/oddziale dziennym dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności, d/ w zakresie koordynowana opieka nad kobietą w ciąży na II lub III poziomie opieki perinatalnej (2023 r.).

Planując wysokość środków na świadczenia w rodzaju AOS uwzględniano: a/ wprowadzenie od 1 lipca 2021 r. bezlimitowego finansowania wszystkich świadczeń w rodzaju AOS, a następnie zwiększenie dostępności tych świadczeń¹⁰⁴, b/ wzrost dostępności do świadczeń w poradniach specjalistycznych dotyczących porad pierwszorazowych udzielonych świadczeniobiorcom powyżej 18 roku życia wykonywanych w poradniach z zakresu alergologii, endokrynologii, kardiologii i neurologii, c/ wprowadzenie do finansowania nowych zakresów świadczeń¹⁰⁵, d/ skutki podniesienia wyceny wybranych świadczeń oraz zwiększenia wartości produktów rozliczeniowych¹⁰⁶.
(akta kontroli str. 390-391, 509, 583, 658-659, 681)

Stan środków pieniężnych Oddziału na 1 stycznia 2021 r. wynosił 18 513,4 tys. zł, w tym: 4,9 tys. zł – środki w kasie oraz 18 508,5 tys. zł¹⁰⁷ – środki na rachunkach bankowych. W latach 2021-2024 wg stanu na ostatni dzień roku oraz 30 czerwca 2024 r. stan środków pieniężnych wynosił odpowiednio: w 2021 r. – 49 769,9 tys. zł¹⁰⁸, w 2022 r. – 5 047,3 tys. zł¹⁰⁹, w 2023 r. – 6 540,4 tys. zł¹¹⁰, w 2024 r. – 718,6 tys. zł¹¹¹.

W latach 2021-2024 (III kwartał) Oddział otrzymał z Centrali Funduszu środki finansowe w kwocie 12 613 533 tys. zł, odpowiednio: w 2021 r. – 2 762 755 tys. zł, w 2022 r. – 2 961 523,6 tys. zł, w 2023 r. – 3 732 779,5 tys. zł, w 2024 r. – 3 156 474,9 tys. zł.

(akta kontroli str. 22, 24, 26, 169-176, 230-239, 264-274, 280-286, 328-335, 718, 2492-2498)

¹⁰⁴ Na podstawie zarządzenia nr 116/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 25 czerwca 2021 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

¹⁰⁵ Wprowadzono do finansowania w planie: a/ na 2024 r. – świadczenie z zakresu reumatologii (od 1 stycznia 2023 r.), b/ na 2023 r. – świadczenia z zakresu rezonans piersi, c/ na 2022 r. – świadczenia dedykowane chorym ze skazami krwotocznymi oraz hemofilią, znieczulenia do badań endoskopowych przewodu pokarmowego, biopsji i trepanobiopsji szpiku kostnego, d/ na 2021 r. – świadczenia z zakresów ambulatoryjna opieka pielęgnarska (AOP), ambulatoryjna opieka ze wskazań nagłych (AON), świadczeń zabiegowych i bezlimitowych na rzecz pacjentów „pierwszorazowych”.

¹⁰⁶ W planach finansowych uwzględniono: a/ na 2024 r. – planowane podniesienie wartości dwóch punktów rozliczeniowych (kolonoskopia diagnostyczna oraz kolonoskopia diagnostyczna z biopsją), b/ na 2023 r. – wzrost ceny punktu w rodzaju AOS, który został wprowadzony w poradniach od 1 listopada 2021 r. i w całym rodzaju AOS od 1 kwietnia 2022 r., c/ na 2022 r. – skutki finansowe wynikające z Zarządzenia nr 25/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 28 lutego 2020 r. zmieniające zarządzenie ws. określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju AOS, w którym dokonano modyfikacji wyceny świadczeń z okresem obowiązywania od 1 stycznia 2021 r., d/ na 2021 r. – skutki finansowe wynikające z Zarządzenia nr 25/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 28 lutego 2020 r. zmieniające zarządzenie ws. określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju AOS, w którym dokonano modyfikacji wyceny świadczeń z okresem obowiązywania od 1 stycznia 2021 r.

¹⁰⁷ W tym: a/ Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych (dalej: ZFŚS): 14,3 tys. zł, b/ wadia, depozyty: 5 tys. zł, c/ lokaty: 16 238,6 tys. zł.

¹⁰⁸ W tym: 1/ środki w kasie: 0,8 tys. zł, 2/ środki na rachunkach bankowych: 49 769,1 tys. zł (z czego: ZFŚS: 35,5 tys. zł, lokaty: 49 570,3 tys. zł).

¹⁰⁹ W tym: 1/ środki w kasie: 1,1 tys. zł, 2/ środki na rachunkach bankowych: 5 046,2 tys. zł (z czego: ZFŚS: 26,3 tys. zł, wadia, depozyty: 5 tys. zł, lokaty: 4 993,6 tys. zł).

¹¹⁰ W tym: 1/ środki w kasie: 4,5 tys. zł, 2/ środki na rachunkach bankowych: 6 535,9 tys. zł (z czego: ZFŚS: 4 tys. zł, wadia, depozyty: 5 tys. zł, lokaty: 6 526,9 tys. zł).

¹¹¹ W tym: 1/ środki w kasie: 4,4 tys. zł, 2/ środki na rachunkach bankowych: 714,2 tys. zł (z czego: ZFŚS: 229,1 tys. zł, lokaty: 485,1 tys. zł).

Na dzień 1 stycznia 2021 r. Oddział posiadał należności krótkoterminowe w kwocie – 247 142 tys. zł, z czego 6 576,1 tys. zł od świadczeniodawców usług zdrowotnych. W okresie objętym kontrolą Oddział nie posiadał należności długoterminowych. Aktywa trwałe wynosiły odpowiednio (na 31 grudnia oraz 30 czerwca 2024 r.): w 2021 r. – 3 314,7 tys. zł, w 2022 r. – 3 631,2 tys. zł, w 2023 r. – 2 335,4 tys. zł, w 2024 r. – 2 151,3 tys. zł. Należności krótkoterminowe Oddziału w kontrolowanym okresie wynosiły odpowiednio (na ostatni dzień roku oraz 30 czerwca 2024 r.): w 2021 r. – 348 489,4 tys. zł, w 2022 r. – 470 192,4 tys. zł, w 2023 r. – 225 950,6 tys. zł, w 2024 r. – 423 283,3 tys. zł. Należności pochodzące od świadczeniodawców usług zdrowotnych w latach 2021-2024 wynosiły odpowiednio (na 31 grudnia oraz 30 czerwca 2024 r.): w 2021 r. – 64,5 tys. zł (0,02% wszystkich należności), w 2022 r. – 654,5 tys. zł (0,14% wszystkich należności), w 2023 r. – 1 521 tys. zł (0,67% wszystkich należności), w 2024 r. – 19 tys. zł (0,004% wszystkich należności).

(akta kontroli str. 22, 24, 26, 169-176, 230-239, 264-274, 280-286, 328-335, 718, 782-787)

2.2. W Oddziale podejmowano działania mające na celu egzekwowanie należności z tytułu kar umownych oraz zakwestionowanych świadczeń zdrowotnych.

Należności Oddziału z tytułu kar umownych oraz zakwestionowanych świadczeń w latach 2021-2024 wg stanu na ostatni dzień roku oraz 30 czerwca 2024 r. wyniosły łącznie 8 809,3 tys. zł, w tym: w 2021 r. – 836,3 tys. zł, w 2022 r. – 1 473,6 tys. zł, w 2023 r. – 6 205,8 tys. zł, w 2024 r. – 293,6 tys. zł. Spośród ww. kwot należności z tytułu kar umownych wyniosły łącznie 3 196,1 tys. zł (36,3%) i stanowiły odpowiednio: w 2021 r. – 750,8 tys. zł¹¹² (89,8%), w 2022 r. – 1 286,8 tys. zł¹¹³ (87,3%), w 2023 r. – 1 049,3 tys. zł¹¹⁴ (16,9%), w 2024 r. – 109,2 tys. zł¹¹⁵ (37,2%). Kwota należności z tytułu zakwestionowanych świadczeń zdrowotnych w okresie objętym kontrolą wyniosła 5 230,2 tys. zł (59,4%), z czego: w 2021 r. – 83,3 tys. zł (10%), w 2022 r. – 8,7 tys. zł (0,6%), w 2023 r. – 4 997,1 tys. zł (80,5%), w 2024 r. – 141,1 tys. zł (48%). Pozostałe należności w latach 2021-2024 w łącznej kwocie 383 tys. zł¹¹⁶ (4,3%) stanowiły należności z tytułu zakwestionowanych refundacji recept.

(akta kontroli str. 308-315, 321)

Skuteczność windykacji należności Oddziału za lata 2021-2024 wynosiła (na 15 lipca 2024 r.) 99,9%¹¹⁷, przy czym różnica pomiędzy kwotami uzyskanymi w stosunku do kwot należności stanowiła 5,7 tys. zł.

(akta kontroli str. 308-315, 321)

W okresie objętym kontrolą w stosunku do trzech należności wszczęto postępowanie ugodowe w zakresie odroczenia terminu płatności. Dwie spośród

¹¹² W tym w stosunku do świadczeniodawców – 739,2 tys. zł, aptek – 11,6 tys. zł.

¹¹³ W tym w stosunku do świadczeniodawców – 1 206,3 tys. zł, aptek – 80,5 tys. zł.

¹¹⁴ W tym w stosunku do świadczeniodawców – 969,6 tys. zł, aptek – 79,7 tys. zł.

¹¹⁵ W tym: w stosunku do świadczeniodawców – 89,4 tys. zł, aptek – 19,8 tys. zł.

¹¹⁶ Odpowiednio: w 2021 r. – 2,2 tys. zł (0,3%), w 2022 r. – 178,2 tys. zł (12,1%), w 2023 r. – 159,3 tys. zł (2,6%), w 2024 r. – 43,3 tys. zł (14,8%).

¹¹⁷ Różnica między kwotami uzyskanymi w stosunku do kwot należności: 2021 r. – 92,6% (-59,9 tys. zł), 2022 r. – 57,9% (-621,4 tys. zł), 2023 r. – 83,3% (-1 035,3 tys. zł), 2024 r. – 678,7% (1 710,9 tys. zł).

tych należności zostały objęte spłatą na podstawie ugody zawartej przez Oddział z dłużnikiem. Trzecia należność została w całości zapłacona przed zawarciem ugody. Ponadto w jednym przypadku wydano decyzję w zakresie zaniechania poboru należności, argumentując, że suma przewidywanych kosztów procesowych związanych z dochodzoną wierzytelnością przekracza kwotę windykowaną. Wszystkie przedmiotowe postępowania zostały przeprowadzone w sposób zgodny z trybem określonym w procedurze windykacji należności obowiązującej w NFZ.

(akta kontroli str. 308-315, 318-320)

2.3. Koszty Oddziału ujęte w planach na lata 2021-2024 wyniosły łącznie 10 339 391 tys. zł, w tym: 2 264 709 tys. zł w 2021 r., 2 408 111 tys. zł w 2022 r., 2 795 260 tys. zł w 2023 r. i 2 871 311 tys. zł w 2024 r. Realizacja planu finansowanego w okresie objętym kontrolą wyniosła: w 2021 r. – 95,3%, w 2022 r. – 97,2%, w 2023 r. – 99,1%, w 2024 r. (II kwartał) – 51,4%¹¹⁸. W całym okresie objętym kontrolą podstawowy koszt Oddziału stanowiły koszty finansowania świadczeń opieki zdrowotnej¹¹⁹.

Według danych zawartych w planach finansowych obowiązujących na ostatni dzień roku oraz 30 czerwca 2024 r. koszty świadczeń wyniosły: w 2021 r. – 2 018 787 tys. zł, w 2022 r. – 2 239 700 tys. zł, w 2023 r. – 2 718 955 tys. zł, w 2024 r. – 2 789 498 tys. zł, co stanowiło odpowiednio: 89,1%, 93%, 97,3% i 97,2% ogółu zaplanowanych kosztów. Realizacja kosztów świadczeń wyniosła¹²⁰: w 2021 r. – 1 910 051,2 tys. zł, w 2022 r. – 2 177 866,8 tys. zł, w 2023 r. – 2 700 196,1 tys. zł, w 2024 r. (II kwartał) – 1 425 244,2 tys. zł i stanowiła odpowiednio 88,5%, 93,1%, 97,5% i 96,6% ogółu poniesionych kosztów.

(akta kontroli str. 7-21, 148, 155, 160, 715-717, 3121)

Zgodnie z zasadą wyrażoną w art. 118 ust. 4 ustawy o świadczeniach koszty świadczeń ujęte w planach finansowych (poz. B2) OOW sporządzonych na lata 2022-2024 każdorazowo przewyższały wysokość przedmiotowych kosztów zaplanowanych na rok poprzedni¹²¹ oraz uwzględniały wzrost cen spowodowany rosnącą inflacją, (tj. realny wzrost nakładów na świadczenia)¹²². Wysokość zaplanowanych¹²³ kosztów świadczeń na 2024 r. była wyższa od kosztów świadczeń ujętych w planie na 2023 r. o 70 543 tys. zł, jednak realne koszty świadczeń uległy zmniejszeniu z uwagi na wysoki poziom inflacji¹²⁴.

(akta kontroli str. 14-16, 19-21, 715-717, 3121)

¹¹⁸ Kwoty wydatkowane: a/ w 2021 r. – 2 157 406,5 tys. zł, b/ w 2022 r. – 2 339 810 tys. zł, c/ w 2023 r. – 2 770 386,6 tys. zł, d/ w 2024 r. (II kwartał) – 1 475 900,6 tys. zł.

¹¹⁹ Dalej: koszty świadczeń.

¹²⁰ Wg danych ze sprawozdań z wykonania planów finansowych za lata 2021-2024.

¹²¹ Kwoty ujęte w planach finansowych: a/ na 2022 r. – 2 239 700 tys. zł (tj. o 220 913 tys. zł więcej niż w 2021 r.), b/ na 2023 r. – 2 718 955 tys. zł (tj. o 479 255 tys. zł więcej niż w 2022 r.), c/ na 2024 r. – 2 789 498 tys. zł (tj. o 70 543 tys. zł więcej niż w 2023 r.).

¹²² Wartość w poz. B2 uwzględniającą wzrost cen spowodowany inflacją: a/ 2022 r. – 2 121 745 tys. zł, b/ w 2023 r. – 2 562 216 tys. zł. Wartość w poz. B2 ujęta w planie finansowym na: a/ 2022 r. – 2 239 700 tys. zł, b/ 2023 r. – 2 718 955 tys. zł.

¹²³ Zaplanowana kwota (2 789 498 tys. zł) na podstawie danych zawartych w sprawozdaniu z wykonania planu finansowego za okres 1 stycznia 2024 r. – 30 czerwca 2024 r.

¹²⁴ Wartość w poz. B2 uwzględniającą wzrost cen spowodowany inflacją wyniósł 3 028 915,9 tys. zł, tj. o 239 417,9 tys. zł więcej od zaplanowanej kwoty.

Koszty świadczeń ujęte w planie finansowym Oddziału na 2021 r. zaplanowano w wysokości 2 018 787 tys. zł. Kwota ta była niższa o 408 257 tys. zł od wysokości kosztów świadczeń zaplanowanych na 2020 r.¹²⁵. Powyższe wynikało ze zmian wprowadzonych przez Centralę NFZ do projektu planu finansowego sporządzonego przez Oddział¹²⁶. Przedmiotowe zmiany miały na celu dostosowanie projektu planu finansowego OOW do przepisów ustawy o świadczeniach, których nowelizacja miała miejsce po przekazaniu przez Dyrektora Oddziału projektu planu finansowego do Centrali NFZ.

(akta kontroli str. 9-10, 142-145, 604-678, 764-765)

W całym okresie objętym kontrolą w Oddziale nie zostały ujęte w planach i nie wystąpiły koszty poboru i ewidencjonowania składek. Zaplanowana wysokość kosztów programów polityki zdrowotnej wzrastała w latach 2021-2023 z poziomu 877 tys. zł do 1 365 tys. zł, natomiast na 2024 r. zaplanowano na ten cel kwotę 618 tys. zł¹²⁷. We wszystkich latach objętych kontrolą wzrastała zaplanowana i zrealizowana wysokość kosztów administracyjnych Oddziału¹²⁸, spośród których każdorazowo ponad 50% stanowiły koszty wynagrodzeń¹²⁹. Koszty z tytułu realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego zostały zaplanowane oraz zrealizowane wyłącznie w latach 2021-2022¹³⁰. Realizacja planu finansowego w zakresie kosztów finansowych w okresie objętym kontrolą wynosiła od -5,7% do 96,6% kwoty ujętej w planie¹³¹. Ujęte w części F sprawozdania z realizacji planu finansowego *Koszty pozostałe* stanowią część kosztów, w której nastąpiły największe zmiany w poszczególnych latach, przy czym w całym kontrolowanym okresie pozycja F4 *Inne koszty* stanowiła od 98,6% do 100% ogółu *Kosztów pozostałych*¹³².

¹²⁵ W planie finansowym na 2020 r. koszty świadczeń zaplanowano w wysokości 2 427 044 tys. zł.

¹²⁶ W projekcie planu finansowego z 25 czerwca 2020 r. Dyrektora OOW zaplanował koszty świadczeń w wysokości 2 447 446 tys. zł. Kwota ta odpowiadała wielkości planowanych kosztów świadczeń ujętych w dokumencie *Przewidywane koszty oddziału wojewódzkiego NFZ na rok 2021* przekazanym przez Prezesa NFZ Dyrektorowi Oddziału 18 czerwca 2020 r. Wskazana w ww. dokumencie kwota planowanych kosztów świadczeń przewyższała o 17 749 tys. zł wysokość przedmiotowych kosztów określonych przez OOW w dokumencie pn. *Prognoza kosztów na lata 2021-2023* przekazanym 5 i 8 czerwca 2020 r. przez Dyrektora Oddziału do Centrali NFZ.

¹²⁷ Kwoty zaplanowane na: 2021 r. – 877 tys. zł, 2022 r. – 1 139 tys. zł, 2023 r. – 1 365 tys. zł, 2024 r. – 618 tys. zł. Kwoty zrealizowane i realizacja planu: 2021 r. – 610,3 tys. zł (69,6%), 2022 r. – 1 120,4 tys. zł (98,4%), 2023 r. – 1 284,9 tys. zł (94,1%), 2024 r. (II kwartał) – 145,4 tys. zł (23,5%).

¹²⁸ Kwoty zaplanowane: 2021 r. – 21 425 tys. zł, 2022 r. – 25 324 tys. zł, 2023 r. – 27 362 tys. zł, 2024 r. – 31 656 tys. zł. Kwoty zrealizowane i realizacja planu: 2021 r. – 20 918,6 tys. zł (97,6%), 2022 r. – 22 983,1 tys. zł (90,8%), 2023 r. – 25 839,1 tys. zł (94,4%), 2024 r. – 14 577,8 tys. zł (46,1%).

¹²⁹ Zaplanowane koszty: 2021 r. – 55,5%, 2022 r. – 51,3%, 2023 r. – 53,3%, 2024 r. (II kwartał) – 56,1%. Zrealizowane koszty: 2021 r. – 56,8%, 2022 r. – 56,5%, 2023 r. – 56,4%, 2024 r. (II kwartał) – 56,8%.

¹³⁰ Kwoty zaplanowane: 2021 r. – 69 964 tys. zł, 2022 r. – 89 887 tys. zł. Kwoty zrealizowane i realizacja planu: 2021 r. – 69 961,2 tys. zł (100%), 2022 r. – 89 885,8 tys. zł (100%). Od 2023 r. koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego finansowano w ramach planu finansowego Centrali NFZ (na podstawie Zarządzenia nr 179/2022/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2022 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne).

¹³¹ Kwoty zaplanowane: a/ na 2021 r. – 916 tys. zł, b/ na 2022 r. – 150 tys. zł, c/ na 2023 r. – 191 tys. zł, d/ na 2024 r. – 1 706 tys. zł. Kwoty zrealizowane i realizacja planu: a/ w 2021 r. – 32,5 tys. zł (3,6%), b/ w 2022 r. – 96,5 tys. zł (64,3%), c/ w 2023 r. – 184,5 tys. zł (96,6%), d/ w 2024 r. – 97,2 tys. zł (5,7%).

¹³² Pozycja F4 *Inne koszty* w latach 2021-2024 stanowiła odpowiednio 98,6%, 99,9%, 99,2% i 24% ogółu zaplanowanych oraz 100%, 100%, 99,6% i 52,7% ogółu zrealizowanych *Kosztów pozostałych*. Największą część środków zrealizowanych w ramach pozycji F4 *Inne koszty* przeznaczono na: a/ dodatkowe świadczenia pieniężne dla personelu w związku z epidemią COVID-19 (2021 r. – 127 495,6 tys. zł, tj. 94,4%

Planowana kwota *Kosztów pozostałych* wyniosła: w 2021 r. – 131 177 tys. zł, w 2022 r. – 29 211 tys. zł, w 2023 r. – 8 757 tys. zł, w 2024 r. – 2 964 tys. zł. Realizacja kosztów ujętych w części F wyniosła: w 2021 r. – 135 043,1 tys. zł (103% planu), w 2022 r. – 25 924,7 tys. zł (88,8% planu), w 2023 r. – 6 539,5 tys. zł (74,7% planu), w 2024 r. – 11,5 tys. zł (0,77% planu). Przekroczenie w 2021 r. kosztów określonych w pozycji F planu finansowego zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli str. 7-21, 142-165, 682-727a)

Koszty Oddziału poniesione w związku ze wzrostem wynagrodzeń pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych obejmowały¹³³: a/ współczynnik korygujący Profilaktyka 40 plus, b/ współczynnik korygujący CHUK. Przedmiotowe koszty wyniosły odpowiednio¹³⁴: a/ w 2022 r. – 48,4 tys. zł, w 2023 r. – 435,6 tys. zł, w 2024 r. – 147,4 tys. zł, b/ w 2022 r. – 6 tys. zł, w 2023 r. – 68,5 tys. zł, w 2024 r. – 3,5 tys. zł. Ponadto w latach 2021-2024 Oddział wypłacał środki stanowiące koszt Centrali NFZ przeznaczone na wynagrodzenia pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych dotyczyły: a/ wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych, b/ współczynnika korygującego pielęgniarek i położnych, c/ współczynnika korygującego ratowników medycznych, d/ współczynnika korygującego lekarzy specjalistów. Przedmiotowe świadczenia stanowiły koszt odpowiednio: a/ w 2021 r. – 76 724,7 tys. zł, w 2022 r. – 18 040,9 tys. zł, w 2023 r. – 10 593,8 tys. zł, b/ w 2021 r. – 61 932,1 tys. zł, w 2022 r. – 51 061,9 tys. zł, w 2023 r. – (-) 135,9 tys. zł, w 2024 r. – 0,3 tys. zł, c/ w 2021 r. – 1 031,2 tys. zł, d/ w 2021 r. – 6 817,8 tys. zł, w 2022 r. – 5 546 tys. zł, w 2023 r. – (-) 27,5 tys. zł. W 2021 r. Oddział wypłacił środki w wysokości 1 842,9 tys. zł z tytułu współczynnika korygującego ratowników medycznych RTM. Środki te pochodziły z dotacji celowej przekazanej przez wojewodę. Ponadto w latach 2021-2022 OOW poniósł koszty dodatkowych świadczeń pieniężnych dla personelu medycznego wypłacanych w związku z epidemią COVID-19. Przedmiotowe koszty wyniosły odpowiednio 123 906,9 tys. zł w 2021 r. i 17 199,2 tys. zł w 2022 r.

(akta kontroli str. 1516-1540)

2.4. W okresie objętym kontrolą w Oddziale nie wystąpiły¹³⁵ zobowiązania wymagalne. W latach 2021-2024 (II kwartał) nie odnotowano przypadków zapłaty kar umownych, zajęć komorniczych oraz zapłaty odsetek. W latach 2021-2024 w OOW nie wystąpiły (na 31 grudnia oraz na 30 czerwca 2024 r.) niewymagalne zobowiązania długoterminowe. Zobowiązania krótkoterminowe wyniosły odpowiednio: 331 819,67 tys. zł w 2021 r., 343 951,99 tys. zł w 2022 r., 444 321,08 tys. zł w 2023 r. i 441 455 tys. zł w 2024 r.

(akta kontroli str. 23, 25, 27, 223, 258-259, 302, 710, 719, 782-786, 788)

ogółu *Kosztów pozostałych*, 2022 r. – 17 227,4 tys. zł, tj. 66,5% ogółu *Kosztów pozostałych*) b/ zwiększenie bezpieczeństwa teleinformatycznego (2023 r. – 6 312,9 tys. zł, tj. 96,5% ogółu *Kosztów pozostałych*), c/ odpis aktualizujący pozostałe należności (2024 r. – 3,6 tys. zł, tj. 60% ogółu *Kosztów pozostałych*).

¹³³ Przedmiotowe koszty finansowano z dotacji celowych.

¹³⁴ Dane na dzień 4 listopada 2024 r.

¹³⁵ Na 31 grudnia oraz 30 czerwca 2024 r.

W okresie objętym kontrolą prowadzono 30 postępowań sądowych przeciwko Oddziałowi¹³⁶ na łączną kwotę 7 651 230,6 tys. zł. Przedmiotowe sprawy dotyczyły: a/ roszczeń związanych ze świadczeniami zdrowotnymi udzielonymi ponad limity¹³⁷, b/ pozwów o zapłatę wynikającą z wykonania umowy¹³⁸, c/ skarg na decyzje Prezesa NFZ w zakresie obowiązku objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, ustalenia prawa do świadczeń¹³⁹, d/ skarg na decyzje Prezesa NFZ w zakresie obowiązku poniesienia kosztów udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej¹⁴⁰, e/ skarg na odmowę skierowania na leczenie uzdrowiskowe¹⁴¹, f/ inne postępowania sądowe¹⁴².

Spośród ww. spraw zakończonych zostało¹⁴³ 19 spraw, z czego: w 17 – orzeczono oddalenie powództwa lub skargi, w jednej – orzeczono oddalenie skargi kasacyjnej wniesionej przez Oddział¹⁴⁴, w jednej – Wojewódzki Sąd Administracyjny w Opolu uchylił zaskarżoną decyzję¹⁴⁵. Z tytułu ww. postępowań Oddział uwzględnił w planach finansowych na lata 2021-2024 rezerwę na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych na kwotę¹⁴⁶: a/ w 2021 r. – 3 162 tys. zł, b/ w 2022 r. – 1 829 tys. zł, c/ w 2023 r. – 1 836 tys. zł, d/ w 2024 r. – 2 254 tys. zł.

(akta kontroli str. 20-31, 36-94, 145, 153, 158, 163)

2.5. Wykonanie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych latach 2021-2024 było niższe o co najmniej 10% od kosztów ujętych w planie po zmianach, głównie w następujących pozycjach i wyniosło odpowiednio:

w 2021 r.:

- B2.3.3. – Ratunkowy dostęp do technologii lekowej – 1 534,64 tys. zł, co stanowiło 79,76% planu,
- B2.11 – Koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu – 4 723,81 tys. zł, tj. 88% planu,
- B2.14.3 – Refundacja środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 18 ustawy o świadczeniach – 297,89 tys. zł, 77,98% planu,
- B2.18 – Koszty świadczeń opieki zdrowotnej z lat ubiegłych – 1 314,14 tys. zł, 30,42% planu,

¹³⁶ Ilość pozwów w poszczególnych latach: 2017 r. – jeden, 2018 r. – dwa, 2020 r. – dwa, 2021 r. – siedem, 2022 r. – dziesięć, 2023 r. – pięć, 2024 r. – trzy.

¹³⁷ Dwie sprawy na łączną kwotę sporu 670,2 tys. zł.

¹³⁸ Sześć spraw na łączną kwotę sporu 6 954,9 tys. zł.

¹³⁹ Siedem spraw bez wskazania kwoty roszczeń.

¹⁴⁰ Pięć spraw na łączną kwotę sporu 22 764,16 zł.

¹⁴¹ Dwie sprawy bez wskazania kwoty roszczeń.

¹⁴² Osiem spraw, w tym: a/ jedna dotyczyła pozwu o zapłatę wynikającą z wykonania umowy (sprawa w Sądzie Najwyższym, kwota zasądzona prawomocnym wyrokiem sądu II instancji została zapłacona przed okresem objętym kontrolą), b/ trzy dotyczyły postępowań konkursowych, c/ jedna dotyczyła skargi na bezczynność Prezesa NFZ, d/ jedna dot. skargi na decyzję Prezesa NFZ w zakresie zawarcia umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, e/ jedna dotyczyła skargi na decyzję Prezesa NFZ w zakresie odmowy zwrotu świadczeń zdrowotnych udzielonych za granicą, f/ jedna dotyczyła skargi na Postanowienie Prezesa NFZ w zakresie oddalenia zarzutu w sprawie egzekucji administracyjnej.

¹⁴³ Na 15 lipca 2024 r.

¹⁴⁴ Zasądzona kwota 5 417,00 zł tytułem zwrotu kosztów postępowania kasacyjnego.

¹⁴⁵ Zasądzona kwota 697,00 zł tytułem zwrotu kosztów postępowania sądowego.

¹⁴⁶ Zgodnie z pierwotnymi planami finansowymi. Wg ostatecznej wersji planu kwoty te wynosiły: a/ w 2021 r. – 1 829 tys. zł, b/ w 2022 r. – 18 tys. zł, c/ w 2023 r. – 69 tys. zł.

- B2.20 - Rezerwa na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej na podstawie art. 48d ustawy o świadczeniach – 37,81 tys. zł, 16,73% planu; w 2022 r.:
 - B2.14.2 - Refundacja leków, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 17 ustawy o świadczeniach – 517,77 tys. zł, 68,4% planu,
 - B2.14.3 - Refundacja środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 18 ustawy o świadczeniach – 209,69 tys. zł, 54,89% planu,
 - B2.18 - Koszty świadczeń opieki zdrowotnej z lat ubiegłych – 12 895,08 tys. zł, 83,29% planu,
 - B2.20 - Rezerwa na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej na podstawie art. 48d ustawy o świadczeniach – 190 tys. zł, 87,05% planu; w 2023 r.:
 - B2.3.3. - Ratunkowy dostęp do technologii lekowej – 746,15 tys. zł, 58,20% planu,
 - B2.14.2 - Refundacja leków, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 17 ustawy o świadczeniach – 1 052,02 tys. zł, 87,67% planu,
 - B2.14.3 - Refundacja środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 18 ustawy o świadczeniach – 429,97 tys. zł, 61,42% planu,
 - B2.18 - Koszty świadczeń opieki zdrowotnej z lat ubiegłych – 24 333,73 tys. zł, 84,57% planu,
 - B2.19 - rezerwa na koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielone w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej – 29,45 tys. zł, 1,54% planu,
 - B2.20 - Rezerwa na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej na podstawie art. 48d ustawy o świadczeniach – 309,43 tys. zł, 76,03% planu; w 2024 r. (według stanu na 30 czerwca):
 - B2.3.2 - Chemioterapia – 18 194,49 tys. zł, 86,84% planu,
 - B2.3.2.1 - Leki stosowane w chemioterapii – 5 610,98 tys. zł, 76,48% planu,
 - B2.3.3. - Ratunkowy dostęp do technologii lekowej – 436,59 tys. zł, 63,92% planu,
 - B2.11 - Koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu – 5 879,8 tys. zł, tj. 87,6% planu.
- (akta kontroli str. 9-10, 14-15, 19-20, 715-716, 1509-1512, 2206-2235)

W kwestii niepełnej realizacji kosztów ujętych w planie po zmianach Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych wyjaśnił m.in., że (...) *ostatnia możliwa zmiana planu finansowego odbywa się w terminie do 31 grudnia danego roku za dany rok. Dokonując ostatniej zmiany planu oddział nie dysponuje informacją dotyczącą realizacji świadczeń przez świadczeniodawców za miesiąc grudzień (możliwość wystawienie dokumentu rozliczeniowego za miesiąc grudzień najwcześniej 31 grudnia danego roku) oraz brakuje informacji z dwóch ostatnich miesięcy z migracji ubezpieczonych, którą również należy uwzględnić i zabezpieczyć w przedmiotowej ostatniej zmianie planu. Natomiast dokumenty rozliczeniowe w części refundacji aptecznej za drugi okres rozliczeniowy spływają do oddziału już po ostatniej zmianie planu finansowego.*

(akta kontroli str. 872)

Badaniem objęto dokonywanie przez Dyrektora OOW przesunięć kosztów przeznaczonych na świadczenia opieki zdrowotnej w planie finansowym Oddziału na podstawie art. 124 ust. 5 ustawy o świadczeniach. Kontrolą objęto ww. pozycje¹⁴⁷ i lata¹⁴⁸. Stwierdzono, że przesunięć w planie finansowym Oddziału dokonywano zgodnie z procedurą oraz były one celowe i uzasadnione. Dokonywano analiz, które w szczególności obejmowały sprawdzenie dotychczasowej realizacji umów, stanu tzw. środków wolnych, wartości umów danej pozycji świadczeń oraz sprawozdań z realizacji planu finansowego. Każdorazowo Dyrektor Oddziału informował Prezesa Funduszu o dokonaniu przesunięcia kosztów w planie finansowym Oddziału.

(akta kontroli str. 871, 1508-1512, 2149, 2206-2235)

W sprawie monitorowania wykonania planu finansowego Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych wyjaśnił m.in., że (...) *Bieżący monitoring wykonania planu finansowego w danym roku odbywa się na podstawie sprawozdania z realizacji planu finansowego OOW NFZ-FM-01 w ujęciu rocznym, a nie miesięcznym (...) Bieżący monitoring planu finansowego odbywa się w Wydziale Ekonomiczno-Finansowym, poprzez nanoszenie na plan finansowy każdej operacji (np. zmniejszenia/zwiększenia wartości umowy), która potwierdzona jest na wniosku do Dyrektora Oddziału adnotacją, że dany koszt mieści się w wartości umowy (np. POZ, ZPO, Refundacja apteczna), wpisywana była też informacja o wysokości środków w planie finansowym oraz informacja o wykonaniu danej pozycji z ostatniego sprawozdania.*

(akta kontroli str. 871-872)

2.6. Koszty administracyjne Oddziału w poszczególnych latach objętych kontrolą wyniosły (na ostatni dzień roku oraz na 30 czerwca 2024 r.): w 2021 r. – 20 918,6 tys. zł, w 2022 r. – 22 983,1 tys. zł, w 2023 r. – 25 839,1 tys. zł, w 2024 r. – 14 568,7 tys. zł. Spośród ogółu kosztów administracyjnych koszty wynagrodzeń stanowiły: 56,8% w 2021 r. (11 883,5 tys. zł), 56,5% w 2022 r. (12 979 tys. zł), 56,4% w 2023 r. (14 571,3 tys. zł) i 56,9% w 2024 r. (8 282,4 tys. zł).

(akta kontroli str. 7-21, 1503)

Planowane zatrudnienie w okresie objętym kontrolą wynosiło 162 etaty w latach 2021-2022 oraz 163 etaty w latach 2023-2024¹⁴⁹. Rzeczywiste wykonanie zatrudnienia w poszczególnych latach objętych kontrolą wynosiło (na ostatni dzień roku oraz na 30 czerwca 2024 r.): w 2021 r. – 159,88 etatu (162 osoby)¹⁵⁰,

¹⁴⁷ Tj.: B2.1; B2.3.2; B2.3.2.1; B2.3.3; B2.11; B2.14.2; B2.14.3; B2.18; B2.20.

¹⁴⁸ W 2021 r. 13 przesunięć, w 2022 r. cztery przesunięcia, w 2023 r. cztery przesunięcia, w 2024 r., cztery przesunięcia.

¹⁴⁹ W tym: a/ w 2021 r.: kadra kierownicza – 39 osób (dyrektorzy i zastępcy dyrektora – cztery osoby, pozostała kadra kierownicza – 35 osób), pracownicy administracyjni – 121 osób, obsługa techniczna – dwie osoby; b/ w 2022 r.: kadra kierownicza – 37 osób (dyrektorzy i zastępcy dyrektora – cztery osoby, pozostała kadra kierownicza – 33 osoby), pracownicy administracyjni – 124 osoby, obsługa techniczna – jedna osoba; c/ w 2023 r.: kadra kierownicza – 38 osób (dyrektorzy i zastępcy dyrektora – cztery osoby, pozostała kadra kierownicza – 34 osoby), pracownicy administracyjni – 124 osoby, obsługa techniczna – jedna osoba; d/ w 2024 r.: kadra kierownicza – 38 osób (dyrektorzy i zastępcy dyrektora – cztery osoby, pozostała kadra kierownicza – 34 osoby), pracownicy administracyjni – 124 osoby, obsługa techniczna – jedna osoba.

¹⁵⁰ Kadra kierownicza – 36 osób (35,75 etatu), w tym: dyrektorzy i zastępcy dyrektora – trzy osoby (trzy etaty) oraz pozostała kadra kierownicza – 33 osoby (32,75 etatu), pracownicy administracyjni – 124 osoby (123 etaty), obsługa techniczna – jedna osoba (jeden etat).

w 2022 r. – 159,75 etatu (161 osób)¹⁵¹, w 2023 r. – 162,88 etatów (165 osób)¹⁵², w 2024 r. – 160,88 etatów (163 osoby)¹⁵³.

(akta kontroli str. 32-35)

W latach 2021-2024 na realizację zadań inwestycyjnych Oddziału zaplanowano łącznie 3 262,7 tys. zł¹⁵⁴. Na realizację takich zadań przeznaczono w latach 2021-2024 (II kwartał) łącznie 3 216 tys. zł¹⁵⁵. W całym okresie objętym kontrolą nie odnotowano wydatkowania na cele inwestycyjne środków przewyższających kwoty ujęte w planie.

(akta kontroli str. 95-98, 101-104, 322-327, 1504)

2.7. Monitorowanie wykonania umów miało regularny charakter, a proces aneksowania umów odbywał się cyklicznie, co kwartał oraz w zależności od potrzeb systemu ochrony zdrowia. W kwestii procesu aneksowania umów Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych wyjaśnił również, że jest on *standardowym procesem aktualizacji i dostosowywania warunków współpracy między NFZ a placówkami medycznymi, które świadczą usługi w ramach ubezpieczenia zdrowotnego (...). Oddział przeprowadza analizę realizacji umów w poszczególnych rodzajach i zakresach świadczeń ze szczególnością co do produktu kontraktowego oraz wyróżnika świadczeń, sprawdzając wykonanie zakontraktowanych świadczeń oraz zgodność świadczeń z przyjętymi normami i wymaganiami (...). W celu efektywnego gospodarowania środkami finansowymi, w pierwszej kolejności umowy są bilansowane tzn. dokonuje się przesunięć niewykorzystanych środków finansowych (zwyczajowo ustalana jest minimalna wartość niewykonanych, powyżej której dokonuje się zmian) na zakresy określone jako nielimitowane, w których występują nadwykonania oraz zmniejszeń kontraktu w sytuacji, gdy w umowie występują wyłącznie niewykonania.*

(akta kontroli str. 863-866)

¹⁵¹ Kadra kierownicza – 38 osób (37,65 etatu), w tym: dyrektorzy i zastępcy dyrektora – cztery osoby (cztery etaty) oraz pozostała kadra kierownicza – 34 osoby (33,65 etatu), pracownicy administracyjni – 122 osoby (120,23 etatu), obsługa techniczna – dwie osoby (dwa etaty).

¹⁵² Kadra kierownicza – 37 osób (37 etatów), w tym: dyrektorzy i zastępcy dyrektora – trzy osoby (trzy etaty) oraz pozostała kadra kierownicza – 34 osoby (34 etaty), pracownicy administracyjni – 127 osób (124,88 etatu), obsługa techniczna – jedna osoba (jeden etat).

¹⁵³ Kadra kierownicza – 36 osób (36 etatu), w tym: dyrektorzy i zastępcy dyrektora – dwie osoby (dwa etaty), pozostała kadra kierownicza – 34 osoby (34 etaty), b/ pracownicy administracyjni – 126 osób (123,88 etatu), c/ obsługa techniczna – jedna osoba (jeden etat).

¹⁵⁴ Odpowiednio: a/ 1 879,9 tys. zł w 2021 r. (urządzenia techniczne, ruchomości i wyposażenie – 96 tys. zł, zestawy komputerowe – 1 737,9 tys. zł, wartości niematerialne i prawne – 46 tys. zł), b/ 461,3 tys. zł w 2022 r. (urządzenia techniczne, ruchomości i wyposażenie – 30 tys. zł, zestawy komputerowe – 248,3 tys. zł, wartości niematerialne i prawne – 183 tys. zł), c/ 726,5 tys. zł w 2023 r. (zestawy komputerowe – 706,5 tys. zł, wartości niematerialne i prawne – 20 tys. zł), d/ 195 tys. zł w 2024 r. (zestawy komputerowe – 175 tys. zł, wartości niematerialne i prawne – 20 tys. zł).

¹⁵⁵ Odpowiednio: a/ 1 854 tys. zł w 2021 r. (urządzenia techniczne, ruchomości i wyposażenie – 91 tys. zł, zestawy komputerowe – 1 718,4 tys. zł, wartości niematerialne i prawne – 44,5 tys. zł), b/ 444,3 tys. zł w 2022 r. (urządzenia techniczne, ruchomości i wyposażenie – 28,5 tys. zł, zestawy komputerowe – 232,8 tys. zł, wartości niematerialne i prawne – 183 tys. zł), c/ 722,8 tys. zł w 2023 r. (zestawy komputerowe – 702,8 tys. zł, wartości niematerialne i prawne – 20 tys. zł), d/ 194,8 tys. zł w 2024 r. (zestawy komputerowe – 174,9 tys. zł, wartości niematerialne i prawne – 20 tys. zł).

Wartość zapłaconych przez Oddział kosztów świadczeń z lat poprzednich w okresie objętym kontrolą wyniosła 18 603,3 tys. zł¹⁵⁶, w tym odpowiednio: a/ w 2021 r. – 480,3 tys. zł¹⁵⁷, b/ w 2022 r. – 296,1 tys. zł¹⁵⁸, c/ w 2023 r. – 3 060,4 tys. zł¹⁵⁹, d/ w 2024 r. – 14 766,6 tys. zł¹⁶⁰.

(akta kontroli str. 819-827)

Na podstawie przedstawionej do kontroli dokumentacji ustalono, że w latach 2021-2024 (I półrocze) wykonano 14 117 świadczeń ponad limit określony w umowach, które nie zostały rozliczone na podstawie ugód i/lub aneksów. W całym okresie objętym kontrolą liczba nierozliczonych świadczeń ulegała zmniejszeniu i wynosiła odpowiednio: a/ w 2021 r. – 4 894, b/ w 2022 r. – 4 321, tj. o 573 mniej niż w roku poprzedzającym, c/ w 2023 r. – 4 229, tj. o 92 mniej niż w roku poprzedzającym, d/ w 2024 r. (II kwartał) – 637. Łączna wartość przedmiotowych świadczeń wyniosła 30 469,8 tys. zł. Wartość nierozliczonych świadczeń w poszczególnych latach okresu objętego kontrolą ulegała zmniejszeniu i wyniosła odpowiednio: a/ w 2021 r. – 15 890,5 tys. zł, b/ w 2022 r. – 6 631,6 tys. zł, tj. o 9 258,9 tys. zł mniej niż w roku poprzednim, c/ w 2023 r. – 6 390,5 tys. zł, tj. o 241,1 tys. zł niż w roku poprzednim, d/ w 2024 r. (II kwartał) – 1 557,2 tys. zł.

(akta kontroli str. 827)

W okresie objętym kontrolą rozliczenia świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowie dokonywano na podstawie ugód pozasądowych, umów o wynagrodzenie zawieranych przez Dyrektora Oddziału na podstawie przepisów Zarządzenia nr 69/2021/DEF oraz planów spłaty ustalonego na podstawie przepisów Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 3 listopada 2021 r. w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej¹⁶¹. Łączna wartość zawartych w okresie objętym kontrolą ugód pozasądowych dotyczących wykonanych świadczeń w poszczególnych latach objętych kontrolą oraz w latach poprzednich wyniosła 2 604,6 tys. zł, w tym: a/ w 2021 r. –

¹⁵⁶ W tym: a/ 2 343,1 tys. zł – na podstawie zawartych ugód pozasądowych, b/ 16 260,2 tys. zł – na podstawie umów o wynagrodzenie zawartych na podstawie Zarządzenia nr 69/2021/DEF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 kwietnia 2021 r. w sprawie szczegółowych warunków umów o sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych świadczeniobiorcom w okresie obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ponad kwotę zobowiązania. Dalej: zarządzenie nr 69/2021/DEF.

¹⁵⁷ Dotyczy: 1/ rodzaj świadczenia: a/ AOS – 5,2 tys. zł, b/ LS – 425,9 tys. zł, c/ programy pilotażowe – 49,2 tys. zł, 2/ dokument, na podstawie którego zapłacono koszty świadczeń: a/ ugoda pozasądowa – 49,2 tys. zł, b/ umowa o wynagrodzenie – 431,1 tys. zł.

¹⁵⁸ Dotyczy: 1/ rodzaj świadczenia: a/ AOS – 188,5 tys. zł, b/ LS – 82,7 tys. zł, c/ REH – 0,2 tys. zł, d/ świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie – 9,9 tys. zł, e/ programy pilotażowe – 14,7 tys. zł, 2/ dokument, na podstawie którego zapłacono koszty świadczeń: a/ ugoda pozasądowa – 38,1 tys. zł, b/ umowa o wynagrodzenie – 258 tys. zł.

¹⁵⁹ Dotyczy: 1/ rodzaj świadczenia: a/ AOS – 135 tys. zł, b/ leczenie szpitalne – 2 918,7 tys. zł, c/ STM – 6,6 tys. zł, 2/ dokument, na podstawie którego zapłacono koszty świadczeń: a/ ugoda pozasądowa – 3,7 tys. zł, b/ umowa o wynagrodzenie – 3 056,7 tys. zł.

¹⁶⁰ Dotyczy: 1/ rodzaj świadczenia: a/ POZ – 3,5 tys. zł, b/ AOS – 213,6 tys. zł, c/ LS – 2 306 tys. zł, d/ REH – 9 373,1 tys. zł, e/ świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej – 673 tys. zł, f/ OPH – 18,6 tys. zł, g/ STM – 2 178,7 tys. zł, 2/ dokument, na podstawie którego zapłacono koszty świadczeń: a/ ugoda pozasądowa – 2 252,2 tys. zł, b/ umowa o wynagrodzenie – 14 766,6 tys. zł.

¹⁶¹ Dz. U. z 2021 r., poz. 2003.

54,6 tys. zł, tj. o 2 360,8 tys. zł mniej niż w roku poprzednim¹⁶², b/ w 2022 r. – 286,7 tys. zł, tj. o 232,1 tys. zł więcej niż w roku poprzednim, c/ w 2023 r. – 3,7 tys. zł, tj. o 283 tys. zł mniej niż w roku poprzednim, d/ w 2024 r. (II kwartał) – 2 259,5 tys. zł. Łączna wartość umów o wynagrodzenie zawartych w latach 2021-2024 (II kwartał) wyniosła 35 290,8 tys. zł, w tym: a/ w 2021 r. – 2 364,5 tys. zł, b/ w 2022 r. – 268,2 tys. zł¹⁶³, c/ w 2023 r. – 20 126,7 tys. zł¹⁶⁴, d/ w 2024 r. (II kwartał) – 12 531,8 tys. zł. Wartość planów spłaty ustalonych w latach 2021-2023¹⁶⁵ obejmujących koszty świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowie na dzień przeprowadzenia czynności kontrolnych¹⁶⁶ wynosiła 23 950,1 tys. zł. Wartość ww. planów ulegała zmniejszeniu w poszczególnych latach objętych kontrolą i wynosiła odpowiednio: a/ w 2021 r. – 14 739,2 tys. zł¹⁶⁷, b/ w 2022 r. – 5 701,4 tys. zł¹⁶⁸, c/ w 2023 r. – 3 509,4 tys. zł¹⁶⁹.

(akta kontroli str. 819-827)

W okresie objętym kontrolą do OOW wystąpiło 295 świadczeniodawców z roszczeniami z tytułu świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowie na łączną kwotę 38 046,5 tys. zł. Liczba świadczeniodawców występujących z roszczeniami w poszczególnych latach wynosiła odpowiednio: a/ w 2021 r. – 11, tj. o 24 mniej niż w 2020 r.¹⁷⁰, b/ w 2022 r. – 11, c/ w 2023 r. – 113, tj. 102 więcej niż w latach 2021 i 2022, d/ w 2024 r. (II kwartał) – 160. Wartość kierowanych roszczeń wynosiła: a/ w 2021 r. – 2 419,1 tys. zł, tj. o 3,7 więcej niż w 2020 r.¹⁷¹, b/ w 2022 r. – 554,1 tys. zł, tj. o 1 864,1 tys. zł mniej niż w roku poprzedzającym, c/ w 2023 r. – 20 130,1 tys. zł, tj. o 19 575,1 tys. zł więcej niż w roku poprzednim, d/ w 2024 r. (II kwartał) – 14 942,5 tys. zł.

W sprawie wzrostu w latach 2023-2024 w stosunku do lat 2020-2022, liczby świadczeniodawców występujących do Oddziału z roszczeniami o wypłatę z tytułu nadwykonań, Kierownik Działu Rozliczeń Umów, wyjaśniła m.in., że: (...) *Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 14 marca 2020 r., na wniosek świadczeniodawcy należność mogła być ustalona jako iloczyn odwrotności liczby okresów sprawozdawczych w okresie rozliczeniowym i kwoty zobowiązania dla danego zakresu świadczeń. Świadczeniodawcy przedstawiali do rozliczenia faktury „bez wykonania” a OOW NFZ wypłacał środki finansowe na podstawie tzw. 1/12. Wzrost liczby świadczeniodawców występujących do OOW NFZ z roszczeniami, prawdopodobnie był spowodowany stopniowym zniesieniem ograniczeń w udzielaniu świadczeń, zwiększeniem puli świadczeń nielimitowanych oraz rozliczeniem przez większość świadczeniodawców środków wypłaconych przez OOW NFZ w ramach 1/12.*

¹⁶² W 2020 r. wartość zawartych ugód pozasądowych wyniosła 2 415,4 tys. zł.

¹⁶³ Tj. o 2 096,3 tys. zł mniej niż w roku poprzedzającym.

¹⁶⁴ Tj. o 19 858,2 tys. zł więcej niż w roku poprzednim.

¹⁶⁵ W Oddziale nie ustalono planów spłaty na 2024 r.

¹⁶⁶ Tj. 10 września 2024 r.

¹⁶⁷ Tj. o 661,1 tys. zł mniej niż w 2020 r. (wartość planu spłaty w 2020 r. wynosił 15 400,3 tys. zł).

¹⁶⁸ Tj. o 9 037,8 tys. zł mniej niż w 2021 r.

¹⁶⁹ Tj. o 2 192 tys. zł mniej niż w 2022 r.

¹⁷⁰ W 2020 r. do OOW NFZ wystąpiło 35 świadczeniodawców z roszczeniami z tytułu świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowie.

¹⁷¹ W 2020 r. skierowano roszczenia na łączną kwotę 2 415,4 tys. zł.

Jednocześnie, również istotny wpływ na zwiększenie liczby podmiotów wynikał z zakończenia pandemii i stopniowego powrotu do wykonywania świadczeń w normalnym trybie.

(akta kontroli str. 819-827, 3209-3210)

Analiza rozliczeń pięciu świadczeniodawców¹⁷², którzy otrzymali najwyższe kwoty z tytułu nadwykonań wykazała, że w każdym przypadku podstępowanie kontrolowanej jednostki w tym zakresie było zgodne z zarządzeniami¹⁷³ Dyrektora Oddziału oraz obowiązującymi wytycznymi.

(akta kontroli str. 2036, 2242-2254)

Analizą objęto 10 świadczeniodawców z największą wartością niewykonanych umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w latach 2021-2023, których wartość niewykonanych świadczeń stanowiła 100% wartości umowy w rodzaju LS¹⁷⁴. Ustalono, że w roku następującym po roku, w którym wartość niewykonanych świadczeń wyniosła 100% wartości umowy: 1/ w przypadku trzech świadczeniodawców¹⁷⁵, wartość umów wzrosła, a poziom ich realizacji wyniósł odpowiednio 99,7%, 100% i 37,7%, 2/ w trzech¹⁷⁶ przypadkach wartość realizowanych umów zmniejszyła się, a poziom ich realizacji wyniósł odpowiednio: 105,9%, 100%, 253,3%, 3/ w przypadku dwóch świadczeniodawców¹⁷⁷ wartość umów na ten sam rodzaj świadczeń rok do roku zmalała, a wartość niewykonanych świadczeń wyniosła 100% wartości umów, 3/ w dwóch¹⁷⁸ przypadkach świadczeniodawcy nie zawarli umów na ten sam rodzaj świadczenia.

W grudniu każdego z lat 2021-2023¹⁷⁹ Dyrektor Oddziału przysyłał Prezesowi NFZ informację o dokonaniu przesunięć środków finansowych w ramach kosztów świadczeń zdrowotnych w obowiązującym planie finansowym Oddziału. Analiza pism wykazała, że zmiany o których informowano w grudniu były uzasadnione m.in. koniecznością: sfinansowania świadczeń z okresów wcześniejszych; racjonalizacji wydatków w poszczególnych pozycjach planu; rozliczenia migracji; zabezpieczenia finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczeń nielimitowanych; dostosowania umów do rzeczywistego wykonania i rozliczenia migracji ubezpieczonych; zabezpieczenia środków na szczepienia realizowane przez apteki, sfinansowania nadwykonań i sporządzania bieżących aneksów.

(akta kontroli str. 1505-1507, 1988-2035, 2255-2467)

¹⁷² Tj. nr: 13416, 13425, 1762, 13409, 13772.

¹⁷³ Zarządzenie nr 69/2021/DEF z dnia 14 kwietnia 2021 r.; Zarządzenie nr 22/2024 z dnia 22 stycznia 2024 r.; Zarządzenie nr 16/2023 z dnia 24 stycznia 2023 r.; Zarządzenie nr 14/2022 z dnia 20 stycznia 2022 r.; Zarządzenie nr 17/2021 z dnia 21 stycznia 2021 r.

¹⁷⁴ Odpowiednio nr kodów: 0401, 0403, 0404, 0405, 0407, 0418.

¹⁷⁵ Pozycja z tabeli nr: 6033, 5475, 7073.

¹⁷⁶ Pozycja z tabeli nr: 15217, 15219, 15272.

¹⁷⁷ Pozycja z tabeli nr: 8678, 3519.

¹⁷⁸ Pozycja z tabeli nr: 3504, 15206.

¹⁷⁹ Pisma: WEF-EF.311.66.2021 z 6 grudnia 2021 r., WEF-EF.311.67.2021 z 8 grudnia 2021 r., DEF-WPiAE.311.138.2021 z 15 grudnia 2021 r., WEF-EF.311.69.2021 z 10 grudnia 2021 r., WEF-EF.311.71.2021 z 14 grudnia 2021 r., WEF-EF.311.82.2021 z 30 grudnia 2021 r., WEF-EF.311.62.2022 z 13 grudnia 2022 r., WEF-EF.311.69.2022 z 30 grudnia 2022 r., NFZ08-WEF-EF.311.66.2023 z 5 grudnia 2023 r., NFZ08-WEF-EF.311.67.2023 z 7 grudnia 2023 r., NFZ08-WEF-EF.311.71.2023 z 19 grudnia 2023 r., NFZ08-WEF-EF.311.72.2023 z 19 grudnia 2023 r., NFZ08-WEF-EF.311.77.2023 z 28 grudnia 2023 r., NFZ08-WEF-EF.311.79.2023 z 29 grudnia 2023 r.

Stwierdzona
nieprawidłowość

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

Dyrektor OOW zrealizował obowiązujący w 2021 r. plan finansowy Oddziału z przekroczeniem kosztów wskazanych w pozycji F4 *Inne koszty*, a w konsekwencji całej pozycji F *Pozostałe koszty*. Powyższe działanie było niezgodne z przepisem § 3 ust. 1 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia¹⁸⁰.

Określona w planie finansowym na 2021 r. wysokość *Innych kosztów* (pozycja F4 planu) wynosiła 129 348 tys. zł, a wysokość *Pozostałych kosztów* (pozycja F planu) 131 177 tys. zł. W sprawozdaniu z wykonania planu finansowego wykazano realizację kosztów w pozycji F oraz w pozycji F4 w wysokości 135 043,1 tys. zł, co stanowiło odpowiednio 102,95% oraz 104,4% kosztów określonych w planie. Tym samym wartość zrealizowanych w 2021 r. kosztów określonych w pozycjach F i F4 przewyższyła środki określone na ten cel w planie finansowym. Powyższe spowodowane było przesunięciem kosztów w trybie art. 124 ust. 4 i 9 ustawy o świadczeniach dokonanych 23 grudnia 2021 r. przez Prezesa NFZ. W wyniku przedmiotowej zmiany plan finansowy OOW w pozycji F4 *Inne koszty* został zmniejszony o 19 769 tys. zł i na 23 grudnia 2021 r. wynosił 123 848 tys. zł. W wyniku dokonanego przesunięcia kosztów przez Prezesa NFZ na 22 grudnia 2021 r. przekroczony został plan finansowy w pozycji F4 o 1 453,8 tys. zł. Dyrektor Oddziału pismem z 27 grudnia 2021 r. poinformował Prezesa NFZ o wystąpieniu przekroczenia w pozycji F4 planu finansowego i zwrócił się z prośbą o dodatkowe środki w kwocie 5 500 tys. zł. W odpowiedzi na powyższą informację 31 grudnia 2021 r. Prezes NFZ zmienił plan finansowy Oddziału w pozycji F4 zgodnie z prośbą Dyrektora OOW. Nie zapewniło to jednak wykonania planu finansowego bez przekroczenia określonych w nim kosztów w pozycji F i F4 o odpowiednio 3 866,05 tys. zł i 5 695,05 tys. zł. Mniejsza wartość przekroczenia planu w pozycji F wynikała z niewykorzystania środków w kwocie 1 829 tys. zł zaplanowanych w pozycji F2 *Rezerwa na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych*.

Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że *przekroczenie pozycji F4 – inne koszty w kwocie 5 695,05 tys. zł, a w konsekwencji całej pozycji F – pozostałe koszty w kwocie 3 866,025 tys. zł związane było z niemożliwym do przewidzenia kosztem wynikającym z realizacji polecenia Ministra Zdrowia dotyczącym przekazywania podmiotom leczniczym środków finansowych z przeznaczeniem na przyznanie osobom wskazanym w powyższej decyzji dodatkowego świadczenia pieniężnego oraz jednorazowego dodatkowego świadczenia pieniężnego na warunkach określonych w powyższej decyzji.*

(akta kontroli str. 9-10, 336-343, 840-862, 874-876, 2487)

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie oceniła wykonanie przez Dyrektora Oddziału planów finansowych, w tym kosztów świadczeń opieki zdrowotnej za lata 2021-2024.

Dyrektor Oddziału szacował przychody i koszty uwzględniane w trzyletnich prognozach finansowych oraz planach finansowych na lata 2021-2024 zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach oraz wewnętrzną procedurą NFZ.

¹⁸⁰ Dz. U. z 2023 r., poz. 541, ze zm. Dalej: rozporządzenie w sprawie gospodarki finansowej NFZ.

Przedmiotowe dokumenty przekazywano do Centrali NFZ w terminach określonych w wytycznych Prezesa NFZ. W Oddziale skutecznie dochodzono należności z tytułu kar umownych i zakwestionowanych świadczeń zdrowotnych. Planując wysokość kosztów świadczeń uwzględniano realny wzrost kosztów wynikający z rosnącej inflacji, jak też ustawowy obowiązek uwzględnienia w planie finansowym kosztów świadczeń w wysokości nie niższej od kosztów ujętych w planie na rok poprzedni. W Oddziale dokonywano zgodnie z obowiązującą procedurą uzasadnionych przesunięć w planie finansowym. Planując wysokość kosztów, innych niż koszty świadczeń, Dyrektor Oddziału uwzględniał wytyczne Prezesa NFZ. Nie zapobiegło to jednak przekroczeniu kosztów Oddziału ujętych w pozycji F4 *Inne koszty* oraz całej pozycji F *Pozostałe koszty* planu finansowego OOW na 2021 r. W pozostałym zakresie realizacja kosztów Oddziału, w tym kosztów świadczeń, nie przekroczyła wysokości określonych w planach finansowych. Dyrektor Oddziału monitorował realizację umów. W okresie objętym kontrolą nie wystąpiły zobowiązania wymagalne oraz nie odnotowano przypadków zapłaty przez Oddział kar umownych, odsetek i zajęć komorniczych.

IV. Uwagi i wnioski

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, przedstawia następujące uwagi i wnioski:

Uwagi	Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.
Wnioski	Najwyższa Izba Kontroli wnosi o: 1. Zapewnienie przestrzegania terminów oraz zasad opracowania i przekazywania planów zakupu świadczeń. 2. Przestrzeganie procedury <i>Sporządzenie końcowego rankingu</i> przy dokonywaniu wyboru oferentów i określaniu oferty Oddziału. 3. Ustalenie zasad podziału środków odrębnie dla każdego oferenta z uwzględnieniem zachowania zależności pomiędzy pozycją w rankingu.

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 Opolu. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania
wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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

Opole, 15 listopada 2024 r.

Kontrolerzy:

Rafał Marynowicz
doradca ekonomiczny
/-/

.....
podpis

Agnieszka Haba
specjalista kontroli państwowej
/-/

.....
podpis

Ewa Tomaszewska
doradca prawny
/-/

.....
podpis

Przemysław Sparczyński
główny specjalista kontroli
państwowej
/-/

.....
podpis

Marek Jurkiewicz
specjalista kontroli państwowej
/-/

.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Opolu
Dyrektor:

z up. Janusz Madej
Wicedyrektor Delegatur
/-/

.....
podpis