



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Poznaniu

LPO.410.18.1.2024

Pan

Filip Nowak

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia

ul. Rakowiecka 26/30

02-528 Warszawa

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

zmienione zgodnie z treścią uchwały nr KPK-KPO.441.239.2024 Zespołu Orzekającego Komisji
Rozstrzygającej w Najwyższej Izbie Kontroli z 27 stycznia 2025 r.

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Narodowy Fundusz Zdrowia Wielkopolski Oddział Wojewódzki, ul. Grunwaldzka 158, 60-309 Poznań ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Filip Nowak, Prezes 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 Poznaniu
Kontrolerzy	1. Agnieszka Hofman - specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LPO/98/2024 z dnia 24 czerwca 2024 r. 2. Renata Robińska - doradca techniczny, upoważnienie do kontroli nr LPO/99/2024 z dnia 24 czerwca 2024 r. 3. Ewa Czyżewska – starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LPO/100/2024 z dnia 24 czerwca 2024 r. i nr LPO/146/2024 z dnia 8 października 2024 r. 4. Ewa Kruszyńska – główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LPO/107/2024 z dnia 10 lipca 2024 r. i nr LPO/145/2024 z dnia 8 października 2024 r. (akta kontroli str. 1- 4, 6907, 6908)

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

W Oddziale w okresie 2021-2024 prawidłowo określano zapotrzebowanie na świadczenia opieki zdrowotnej, na podstawie których opracowano plany zakupu tych świadczeń, a zmiany w planach były umotywowane. W procesie planowania uwzględniano m.in. wskaźniki zabezpieczenia świadczeń i dostępność świadczeniodawców w województwie wielkopolskim, a także priorytety ogólnopolskie i wojewódzkie. Podejmowano działania w celu kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej, co miało zapewnić dostępność do świadczeń. Oddział zapewnił mieszkańcom województwa w porównywalnym stopniu dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, choć istniały miejsca, w których ich nie zapewniono na równym poziomie. Postępowania konkursowe na udzielanie świadczeń w rodzajach: opieka paliatywna i hospicyjna, rehabilitacja lecznicza oraz ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne,

¹ Dalej: WOW NFZ lub Oddział.

² W okresie od 26 sierpnia 2020 r. do 8 listopada 2021 r. pełniący obowiązki Prezesa, a od 9 listopada 2021 r. Prezes (dalej: Prezes).

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

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

prowadzono z zachowaniem zasad konkurencyjności, na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁵ i wewnętrznych procedur. Monitorowano realizację zawartych umów, w tym w zakresie rzetelności i prawidłowości wykonywania świadczeń. Podejmowano działania w celu zwiększenia poziomu prawidłowego wykonywania przez świadczeniodawców obowiązku rzetelnego i terminowego sprawozdawania informacji z zakresu list oczekujących, harmonogramu przyjęć oraz raportów statystyczno-medycznych.

Zapewniono rzetelność planowania kosztów Oddziału, w tym kosztów świadczeń opieki zdrowotnej oraz podejmowano prawidłowe działania w celu pełnego wykorzystania środków przewidzianych w planie finansowym na zakup świadczeń.

Pomimo corocznego zwiększania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, wydłużył się czas oczekiwania na udzielenie świadczeń. Odnotowano także występowania obszarów, na których nie zabezpieczono lub zabezpieczono w niewystarczającym stopniu dostęp do świadczeń zgodnie z przyjmowanymi przez WOW planami ich zakupu.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły: przedłużania umów na świadczenia opieki zdrowotnej na okres dłuższy niż określony przepisem, nieinformowania dyrektora Oddziału i Prezesa NFZ o odstąpieniu od procedury konkursów i rokowań, niepublikowania planów zakupu świadczeń na lata 2021-2023 na stronie Oddziału, braku w ogłoszeniach o konkursach ofert adresu poczty elektronicznej Oddziału, nierzetelnego sporządzenia przekazanego Prezesowi NFZ zestawienia spraw sądowych.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej⁶ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Planowanie oraz realizacja planu zakupu świadczeń

Opis stanu faktycznego

1.1. Zgodnie z przepisem art. 131 b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach Dyrektor Oddziału sporządził projekty planów zakupu świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa na lata 2021-2024. Kwestie dotyczące procedury opracowania planów opisano w pkt 1.2 niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

(akta kontroli str. 2730-3306, 3307-3935, 3936-4514, 4515-4677)

W Oddziale dokonywano zmian obszarów kontraktacyjnych w ramach ogłaszanych postępowań uzupełniających w sprawie udzielania świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej: w 2021 r. dokonano zmian w pięciu rodzajach świadczeń (ambulatoryjna opieka specjalistyczna⁷, opieka paliatywna i hospicyjna⁸, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień⁹, programy profilaktyczne i promocja zdrowia¹⁰ oraz rehabilitacja lecznicza¹¹), w 2022 r. w pięciu rodzajach (AOS, leczenie stomatologiczne¹², OPH, PSY, PRO i REH), w 2023 r. w siedmiu rodzajach (AOS, STM, OPH, PSY, PRO, REH i świadczenia odrębnie kontraktowane¹³) i w 2024 r. w sześciu rodzajach (AOS, OPH, PSY, REH, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej¹⁴ i SOK). W trzech postępowaniach (w rodzaju AOS) zwiększono

⁵ Dz. U. z 2024 r. poz. 146 ze zm., dalej ustawa o świadczeniach lub uośoz

⁶ Oceny częściowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena częściowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

⁷ Dalej AOS

⁸ Dalej OPH

⁹ Dalej PSY

¹⁰ Dalej PRO

¹¹ Dalej REH

¹² Dalej STM

¹³ Dalej SOK

¹⁴ Dalej SPO.

obszar kontraktowania, w pozostałych przypadkach obszary kontraktowania były zmniejszane czego przyczyną były m.in. unieważnienia postępowań.

(akta kontroli str. 4760, 4841-4848)

W związku z rozwiązaniem 31 grudnia 2019 r. umowy ze świadczeniodawcą realizującym na terenie gminy Granowo świadczenia ogólnostomatologiczne oraz z brakiem ofert na ogłaszane w latach 2020-2021 postępowania konkursowe, Oddział zwiększył wartość umowy na rzecz świadczeniodawcy posiadającego miejsce udzielania świadczeń na terenie gminy sąsiadującej, tj. w Grodzisku Wielkopolskim; był to jedyny przypadek połączenia obszaru kontraktacyjnego.

(akta kontroli str. 5534-5541)

W latach 2021-2024 liczba świadczeniodawców w rodzaju podstawowej opieki zdrowotnej¹⁵ POZ spadała: z 1 440 w 2021 r. do 1 405 w 2024 r., zmienna była liczba nowych świadczeniodawców: od 16 w 2021 r. przez 25 w 2022 r. i 35 w 2023 r. po ośmiu w 2024 r.

W pięciu objętych szczegółową analizą zakresach świadczeń¹⁶ w rodzaju AOS liczba świadczeniodawców pozostawała na podobnym poziomie, nieznacznie rosnąc co rok, jednak systematycznie spadała w dwóch zakresach (chirurgii ogólnej i kardiologii); w obu zakresach przybyli nowi świadczeniodawcy w latach 2022 i 2023 (odpowiednio: dwóch i pięciu, oraz pięciu i dziewięciu).

W trzech pozostałych zakresach (ortopedii i traumatologii ruchu, urologii i endokrynologii) liczba świadczeniodawców wzrosła od 2021 r. odpowiednio o czterech, sześciu i czterech; w tych zakresach przybywało w każdym z lat nowych świadczeniodawców¹⁷. W latach 2021-2024 w celu zwiększenia dostępności przeprowadzono łącznie 55 postępowań konkursowych na zawarcie umów w powyższych pięciu zakresach świadczeń w rodzaju AOS (11 w ortopedii i traumatologii ruchu, 16 w kardiologii, 13 w urologii, siedem w endokrynologii i osiem w chirurgii ogólnej); złożono ogółem 72 oferty (11 w ortopedii i traumatologii ruchu, 27 w kardiologii, 19 w urologii, sześć w endokrynologii i dziewięć w chirurgii ogólnej), łącznie 12 postępowań zostało unieważnionych lub nierozstrzygniętych¹⁸. W 2021 r. Oddział nie prowadził postępowań w wymienionych zakresach świadczeń, ponieważ – jak wyjaśniła Dyrektor Oddziału - *z uwagi na upływający okres obowiązywania umów wieloletnich 30 czerwca 2021 r. planowano przeprowadzenie konkursów ofert w odniesieniu do wszystkich poradni. Z uwagi na pandemię COVID-19 umowy zostały przedłużone na podstawie art. 18 ust. 2 ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia. Ponadto Dyrektor podała, że na ustalanie obszarów kontraktacyjnych wpływ miała m.in. ocena dostępności do świadczeń, i zidentyfikowane możliwości skutecznego zawarcia umów.*

(akta kontroli str. 4760, 4841-4848, 5524-5527, 5958-5962)

W każdym z planów zakupu świadczeń na poszczególne lata 2021- 2024 ujęte były m.in. analizy czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń. W poddanych szczegółowej analizie 10 zakresach świadczeń opieki zdrowotnej w trzech rodzajach AOS, REH, OPH¹⁹, w których następował największy wzrost czasu oczekiwania na

¹⁵ Dalej POZ

¹⁶ W zakresach, w których liczba świadczeniodawców była większa niż 100 – chirurgia i kardiologia, w których liczba świadczeniodawców była większa niż 50, mniejsza niż 100 ortopedia i urologia, i w których liczba świadczeniodawców była mniejsza niż 50 – endokrynologia

¹⁷ W ortopedii i traumatologii ruchu odpowiednio od 2022 r. jeden, czterech i trzech; w urologii odpowiednio po pięciu w 2022 i 2023 r., jeden w 2024 r.; w endokrynologii jeden w 2022 r. i po dwóch w 2023 i 2024 r.

¹⁸ Jedno w ortopedii i traumatologii ruchu, cztery w kardiologii, po dwa w urologii i endokrynologii

¹⁹ Poradnie: neurochirurgiczna, okulistyczna, okulistyczna dla dzieci, świadczenia endokrynologiczne, rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych, rehabilitacja neurologiczna w warunkach stacjonarnych, fizjoterapia ambulatoryjna, fizjoterapia domowa, oddział medycyny paliatywnej i hospicjum domowe/zespół domowej opieki paliatywnej.

udzielenie świadczenia, rokrocznie zwiększano kwoty w planach zakupu świadczeń, w tym największe kwoty planowano na zakresy: fizjoterapia domowa i poradnia okulistyczna.

(akta kontroli str. 2730-4677, 5024-5040, 5051-5059a, 5963-5964)

W planach zakupu świadczeń na lata 2021-2024 wskazano działania podejmowane w odniesieniu do umów wieloletnich przy ustalaniu warunków finansowych na kolejny okres rozliczeniowy oraz planując postępowania konkursowe, w celu poprawy dostępności m.in. do wymienionych zakresów świadczeń. Na zwiększenie poziomu finansowania świadczeń objętych analizą miało wpływ m.in. zwiększenie wartości umów w związku ze zmianą wycen świadczeń i w roku poprzednim oraz stosowanie progów zwiększania wartości umów, uzależnione od poziomu wykonania świadczeń w roku poprzednim.

Monitorowanie realizacji umów obejmowało kwartalną analizę ilościową świadczonych usług (do końca grudnia 2022 r.), następnie co miesiąc lub wg potrzeb; weryfikacja poziomu realizacji umów uwzględniała analizę miejsc (punktów umów), w których nie realizowano umowy lub poziom jej realizacji odbiegał od umownego (niedow wykonanie lub nadwykonanie). Monitorowanie wykorzystania środków z umów, w tym tych, w których kolejki oczekujących były najdłuższe opisano w pkt 2.7 niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

(akta kontroli str. 4986-4987, 4995-5001, 5030-5036)

Zgodnie z przepisem art. 131 b ustawy o świadczeniach w części ogólnej planów zakupu świadczeń Oddział zawarto odniesienia m.in. do priorytetów w zakresie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej wraz z uzasadnieniem oraz w części szczegółowej, określano obszary terytorialne²⁰, dla których planowano postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i maksymalną liczbę umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, planowanych do zawarcia na danym obszarze, w danym rodzaju i zakresie świadczeń²¹.

(akta kontroli str. 2730-3306, 3307-3935, 3936-4677)

Zarządzeniem nr 95/2019 z 28 lutego 2019 r. Wojewoda Wielkopolski ustalił priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa wielkopolskiego, zmienione zarządzeniem nr 355/2019 z dnia 29 sierpnia 2019 r.; na terenie Wielkopolski obowiązywał też wojewódzki plan transformacji na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r.²², w którym określono m.in. działania wymagające koordynowania na poziomie województwa i wskaźniki realizacji poszczególnych działań.

W planach zakupu świadczeń na lata 2022 – 2024 Oddział uwzględniał priorytety ujęte w planie transformacji. W 2022 r. w ramach działania "Dążenie do zapewnienia opieki w hospicjum domowym w każdym powiecie województwa wielkopolskiego" zaplanowano postępowanie konkursowe w rodzaju OPH²³, latach 2023-2024 zaplanowano postępowanie konkursowe w rodzaju OPH o zawarcie umowy (dla powiatu średzkiego) i zaplanowano aneksy do umów wieloletnich oraz ze względu na najniższy poziom zabezpieczenia dostępu do świadczeń w subregionie pilskim (jeden realizator świadczeń w hospicjum domowym dla dzieci) oraz zabezpieczono dodatkowe środki finansowe. W planie na 2024 r. dla świadczeń w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym, w opiece stacjonarnej przyjęto zasadę: poziom finansowania w 2024 r. (gdy realizacja umowy w 2023 r. powyżej 125%) odpowiada wartości umowy z 2023 r. zwiększonej o 10%.

²⁰ gminy, powiaty, grupy powiatów, subregiony

²¹ tabele B1 - szczegółowy plan zakupu świadczeń, B2 - plan zakupu świadczeń część publikowana, B3 zagregowany plan zakupu świadczeń

²² Na podstawie obwieszczenia Wojewody Wielkopolskiego z dnia 17 grudnia 2021 r. w sprawie ogłoszenia wojewódzkiego planu transformacji na lata 2022-2026 (Dz. Urz. Woj. Wlkp. poz. 9999), dalej plan transformacji

²³ w zakresie świadczeń: 15.2181.027.02 świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci (13 umów); 15.2180.027.02 świadczenia w hospicjum domowym (67 umów)

W planie na 2022 r. w ramach rekomendacji „Zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych w szczególności w zakresach realizowanych w warunkach oddziału dziennego oraz w zakresie rehabilitacji neurologicznej w warunkach stacjonarnych” zaplanowano postępowanie konkursowe w rodzaju REH²⁴, w 2023 r. w ramach tej rekomendacji zaplanowano postępowania konkursowe w rodzaju rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w ośrodku/oddziale dziennym (12 umów), dla działania 2.1. zaplanowano postępowania konkursowe w trzech zakresach świadczeń²⁵, w planie na 2024 r. zabezpieczono środki na aneksowanie umów wieloletnich.

Dla obszaru AOS w celu realizacji zadania „Zwiększenie liczby poradni specjalistycznych w zakresach charakteryzujących się niską dostępnością” zaplanowano uzupełniające postępowania konkursowe w zakresach: świadczenia w zakresie: diabetologii, endokrynologii i nefrologii. W 2023 r. w ramach rekomendacji „przekierowanie strumienia finansowego płatnika z rodzaju SZP na AOS” zaplanowano postępowania konkursowe w zakresach: tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego; w ramach rekomendacji nr 2²⁶ zaplanowano postępowania konkursowe w zakresach: diabetologia, endokrynologia, gastroenterologia i nefrologia. W 2024 r. na realizację rekomendacji „przekierowanie strumienia finansowego płatnika z rodzaju SZP na AOS” zabezpieczono środki finansowe na aneksowanie umów typu 02/3 na I kw. 2024 r. oraz ogłoszenie postępowań konkursowych dla zakresów, w których kończy się termin obowiązywania umów, m.in. w zakresie badań: tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego. W celu realizacji działania 2.2 z obszaru „Czynniki ryzyka i profilaktyka”²⁷ na 2022 r. zaplanowano postępowanie konkursowe w rodzaju STM w zakresach: świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia i udzielane w gabinecie szkolnym, w 2023 r. zaplanowano postępowania na odpowiednio 160 umów i 200 umów. W planie na 2024 r. zabezpieczono środki finansowe na ten cel; zwiększono wielkość etatu przeliczeniowego z 18 tys. pkt w 2023 r. do 24 tys. pkt w 2024 r. (wobec tego, że w 2023 r. przedłużono umowy i wobec upływu terminu obowiązywania umów 30 czerwca 2024 r.²⁸).

W rodzaju PSZ dla realizacji zadania 1.1.²⁹ w 2022 r. zaplanowano postępowanie konkursowe w zakresie kompleksowa opieka po zawale mięśnia sercowego, w 2023 r. - postępowanie w zakresie geriatra - hospitalizacja³⁰; w 2024 r. z uwagi na priorytetowy charakter tych świadczeń w planie zakupu zapewniono finansowanie kardiologii inwazyjnej³¹.

(akta kontroli str. 4861-4879, 5975-6006)

W planach zakupu świadczeń na lata 2022-2024 uwzględniano rekomendacje zawarte w załączniku do obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych³², wskazując poszczególne działania podjęte w ramach rekomendowanych kierunków w poszczególnych rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej. W planach nie uwzględniono działań dla rekomendacji 7.2 opieka

²⁴ w zakresie świadczeń: 05.2300.022.02 rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/ oddziale dziennym

²⁵ 05.2300.021.02 rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym (24 umowy); 05.2300.022.02 rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/ oddziale dziennym (24 umowy); 05.4306.300.02 rehabilitacja neurologiczna (5 umów); 05.2300.026.02 rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w ośrodku/oddziale dziennym (12 umów);

²⁶ Zwiększenie liczby poradni specjalistycznych w zakresach charakteryzujących się niską dostępnością

²⁷ Zwiększenie dostępności do gabinetów profilaktyki i pomocy przedlekarskiej w placówkach szkolnych

²⁸ poza świadczeniami udzielanymi w dentobusie

²⁹ Dalsze zwiększanie dostępności do kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS-ZAWAŁ) poprzez zakontraktowanie świadczeń w podmiotach na terenie Piły, Gniezna i Kowanówka

³⁰ na wniosek świadczeniodawcy, który na rzecz oddziału geriatrycznego przekształcił sześć łóżek z innych oddziałów

³¹ Na poziomie min 60% w zakresie KOS-zawał, max 40% w zakresie OZW (kardiologia - hospitalizacja E10, E11, E12G, E15

³² Obwieszczenie z dnia 27 sierpnia 2021 r. (Dz. Urz. MZ poz. 69)

psychiatryczna i leczenie uzależnień, co dyrektor Oddziału uzasadniła *nie planuje się zwiększenia liczby umów w tym zakresie z uwagi na brak zainteresowania ze strony świadczeniodawców. W województwie wielkopolskim jest dobrze rozwinięta sieć poradni leczenia uzależnień, w których świadczenia udzielane są w 30 powiatach w zakresach: leczenie uzależnień (34 poradnie, 23 powiaty), świadczenia terapii uzależnień dla dzieci i młodzieży (1), świadczenia terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu (26 poradni; 16 powiatów), świadczenia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol (7 poradni, 6 powiatów), program leczenia substytucyjnego. Umożliwia to prowadzenie procesu leczniczo – terapeutycznego w warunkach ambulatoryjnych, co jest wygodniejszą formą terapii względem trybu dziennego, który wymaga 5-godzinnego uczestnictwa pacjenta w danym dniu terapii.*

(akta kontroli str. 4861- 4879, 4984-4985, 5051-5059, 6027-6034)

W 2022 r. w ramach implementacji działania 2.7.2 z załącznika do obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie krajowego planu transformacji³³ zaplanowano dodatkowe postępowania konkursowe w rodzaju PSY³⁴, w 2023 r. ujęto postępowania dodatkowe w zakresach świadczeń takich jak w roku poprzednim³⁵, a w planie na 2024 r. zabezpieczono środki finansowe na ogłoszenie uzupełniających postępowań konkursowych w celu zawarcia w I kw. 2024 r. umów o udzielanie świadczeń w zakresie zespół środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży³⁶.

(akta kontroli str. 4748-4752, 6061-6064)

Plany zakupu świadczeń opieki zdrowotnej na lata 2021 -2022 zawierały odniesienia do wymienionych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. priorytetów zdrowotnych³⁷, w zakresie dostępności do świadczeń: służących zmniejszeniu zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego, w tym zawałów serca, niewydolności serca i udarów mózgu, nowotworów złośliwych; przewlekłych chorób układu oddechowego i cukrzycy; rehabilitacji; w zakresie przeciwdziałania występowaniu otyłości; w zakresie ograniczania następstw zdrowotnych spowodowanych stosowaniem substancji psychoaktywnych lub uzależnieniem od tych substancji; w zakresie zapobiegania, leczenia i rehabilitacji zaburzeń psychicznych.

(akta kontroli str. 2730-3306, 3307-3756, 6061-6064)

Zgodnie z zapisem w procedurze planowania wszystkie plany zakupu zawierały elementy wyszczególnione w pkt 2 na str. 7 procedury (w wersji z 16 października 2020 r.) i pkt 2 na str. 6 (w wersji z 24 listopada 2021 r.).

(akta kontroli str. 2730-3306, 3307-3935, 3936-4514, 6069-6104)

Zgodnie z obowiązującą w 2021 r. Procedurą do procesu: Planowanie rzeczowe – opracowanie planu zakupu świadczeń opieki zdrowotnej³⁸ 23 kwietnia 2021 r. przekazano Prezesowi NFZ „Informację o zgodności założeń planu zakupu

³³ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z 15 października 2021 r., dalej KPT; działanie 2.7.2 upowszechnienie nie nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży

³⁴ W zakresach świadczeń 04.9901.400.03 ośrodek środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży I poziomu referencyjny (2 umowy); 04.9902.400.03 centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży – II poziom referencyjny (1 umowa); 04.9903.400.03 ośrodek wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej - III poziom referencyjny (1 umowa)

³⁵ Zwiększono liczby umów: dla I poziomu referencyjnego do 9 umów, dla II poziomu referencyjnego do 10 umów, dla III poziomu referencyjnego do 2 umów.

³⁶ m. in. zakresów świadczeń ambulatoryjnych, dziennych I i II poziomu referencyjnego oraz zakresu ośrodek wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej - III poziom referencyjny.

³⁷ Rozporządzenie w sprawie priorytetów zdrowotnych Dz. U. poz. 469 ze zm., obowiązujący do 31 grudnia 2021 r.

³⁸ Dalej: procedura planowania, w wersji obowiązującej od 16 października 2020 r., a następnie Procedura do procesu opracowanie, aktualizacja, monitorowanie zakupu świadczeń (obowiązująca od 24 listopada 2021 r.).

z ogólnopolskimi priorytetami za rok 2021³⁹, podając wartości mierników bazowych i docelowych obliczone dla zadań kontynuowanych z lat ubiegłych oraz dla nowych priorytetów wartości obliczone przez Oddział, wskazując dla wszystkich rodzajów świadczeń⁴⁰ stopień realizacji wartości wskaźników określonych w poszczególnych priorytetach ogólnopolskich.

(akta kontroli str. 6019-6021)

W celu weryfikacji realizacji priorytetów ogólnopolskich w latach 2021-2023 Dyrektor Oddziału wyznaczył liderów odpowiedzialnych za realizację zadań wynikających z priorytetów ogólnopolskich oraz osoby wspierające liderów⁴¹.

(akta kontroli str. 6035- 6060)

W związku z realizowanymi priorytetami ogólnopolskimi oraz zaktualizowaniem⁴² sposobu obliczania mierników, i aktualizacją wskaźników ogólnopolskich priorytetów zdrowotnych na 2023 r. Oddział przygotowywał miesięczne informacje dot. działań podjętych w celu realizacji priorytetów.

(akta kontroli str. 4832-4840, 5634-5637)

Dyrektor Oddziału podała, że *wielkość środków finansowych w latach 2021-2024 przeznaczonych na zakup poszczególnych rodzajów i zakresów świadczeń oraz przewidywany popyt na lata 2021-2024 były ustalane w szczególności w oparciu o plan finansowy na dany rok oraz dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej, w tym listy osób oczekujących, priorytety zdrowotne, określone przez Ministra Zdrowia, ogólnopolskie określone przez Prezesa NFZ oraz mapy potrzeb zdrowotnych. W odniesieniu do umów wieloletnich zasadniczym elementem był rzeczywisty poziom realizacji świadczeń w danym rodzaju i zakresie, na podstawie sprawozdanych świadczeń w okresie poddanym analizie oraz nielimitowany sposób finansowania wybranych zakresów świadczeń. Ponadto każdorazowo Oddział uwzględniał wejście w życie przepisów, wprowadzających nowe zakresy oraz zmiany wycen świadczeń wprowadzane przez AOTMiT. Dyrektor Oddziału podała, że Oddział nie dysponuje opiniami ani analizami podmiotów zewnętrznych, które miałyby być wykorzystane przy tworzeniu planów zakupu świadczeń.*

(akta kontroli str. 5051-5058, 4715-5719)

1.2. Zmiany w planie zakupu świadczeń wynikały głównie z korekt dokonywanych w planie finansowym, zmian rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych oraz zmian zasad zawierania umów i realizacji świadczeń, co uwzględniano w przesyłanych do Centrali kolejnych wersjach planów zakupu świadczeń.

W 2021 r. różnice między wartościami z pierwotnego planu zakupu świadczeń, a wartościami z planu realizowanego w wielkości ponad 10% wystąpiły w 2021 r. w następujących rodzajach świadczeń: AOS, SZP, REH, PRO, SOK, zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne, w tym zaopatrzenie w wyroby medyczne⁴³, świadczeń udzielanych przez specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego⁴⁴ i programy pilotażowe⁴⁵, w 2022 r. w: AOS, SZP, PSY, REH, PRO, SOK, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej⁴⁶, OPH i PPZ⁴⁷, w 2023 r. w: POZ, AOS, SZP, PSY, REH, STM,

³⁹ Określonymi przez Prezesa NFZ; zgodnie z załącznikiem nr 3 do procedury; od 25 lutego 2022 r. wygaszona została procedura weryfikacji założeń planu zakupu z priorytetami ogólnopolskimi.

⁴⁰ Poza leczeniem uzdrowiskowym i kwestionariuszem kwalifikacyjnym do badań przesiewowych

⁴¹ zarządzenia dyrektora Oddziału nr: 40/2021, 98/2021, 283/2021, 438/2021, 453/2023, 626/2023, 675/2023, 1295/2023

⁴² na podstawie pisma DAil.630.2.2021 z 10 grudnia 2021 r.

⁴³ Dalej ZPO

⁴⁴ Dalej RTM

⁴⁵ Dalej PPZ

⁴⁶ Dalej SPO

⁴⁷ największa w PPZ wzrost o 87% wartości w stosunku do planu pierwotnego, najmniejsza w OPH wzrost o 17,6% wartości w stosunku do planu pierwotnego.

PRO, SOK, ZPO, SPO, OPH, RTM i PPZ⁴⁸, a w 2024 r. wystąpiły w: POZ, AOS, SZP, REH, STM, SPO, PPZ⁴⁹.

Szczegółową analizą objęto uzasadnienia zmian planu w zakresach, w których zwiększono go o ponad 10% w stosunku do planu pierwotnego. W 2021 r. w zakresie fizjoterapia domowa (REH) wzrost o 321,5% i w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej w centrum zdrowia psychicznego (PPZ) wzrost o 118% wynikały ze zwiększenia wartości umowy, w tym uwzględnienia przepisów ustawy o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności⁵⁰, w PPZ ponadto ze zwiększenia wartości umowy na podstawie § 32 ogólnych warunków umów (zmiana wartości ryczałtu na podstawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego⁵¹) i waloryzacja stawki ryczałtu.

W 2022 r. największe różnice w wersjach planów były w zakresie Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży – poradnia zdrowia psychicznego II poziom referencyjny (PSY) wzrost o 159,3% i w zakresie profilaktyka 40 plus (PPZ) wzrost o 180%. W obu przypadkach uzasadnieniem było rozstrzygnięcie postępowania konkursowego i wzrost cen w związku z rekomendacją Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji⁵² nr 65/2022 z 13 lipca 2022 r., w PPZ również nielimitowany charakter świadczeń, w PSY dostosowanie do rzeczywistego wykonania.

W 2023 r. największe różnice były w RTM w zakresie świadczeń udzielanych przez specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego wzrost o 129,3% i w zakresie programu profilaktyki raka piersi etap podstawowy w pracowni mobilnej (PRO) wzrost o 60%. W RTM uzasadnieniem była zmiana planu finansowego NFZ w pozycji B4, co umożliwiło zaplanowanie środków na cały rok (pierwotnie zaplanowano na pierwsze półrocze), rekomendacja Prezesa AOTMiT w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej (nr 54/2023 z 31 maja 2023 r.), i zwiększenie od 1 lipca wartości stawki ryczałtu dobowego; a w PRO przedłużenie okresu obowiązywania umów wieloletnich, zmiana ceny na podstawie tej rekomendacji AOTMiT, nielimitowany charakter świadczeń, dostosowanie liczby świadczeń do rzeczywistego wykonania i rozstrzygnięcie postępowania konkursowego.

(akta kontroli str. 3307-4677, 4766-4785, 4912-4980, 6105-6116)

Terminy opracowania i przesłania planów przez Oddział do Centrali NFZ, określone w procedurze planowania, jak również pismach Prezesa NFZ⁵³ były przestrzegane.

Na stronie internetowej Oddziału zamieszczono plan zakupu świadczeń na 2024 r., planów zakupu świadczeń na lata 2021-2023 nie opublikowano na stronie internetowej, co opisano w sekcji *stwierdzone nieprawidłowości* niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

(akta kontroli str. 6069-6104, 6117-6148, 6149)

⁴⁸ największa w RTM wzrost o 127,6% wartości w stosunku do planu pierwotnego, najmniejsza w ZPO wzrost o 13,7% wartości w stosunku do planu pierwotnego.

⁴⁹ największa w PPZ wzrost o 101,5 % wartości w stosunku do planu pierwotnego, najmniejsza w POZ wzrost o 11,55 % wartości w stosunku do planu pierwotnego.

⁵⁰ Ustawa z dnia 9 maja 2018 r. o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności (Dz.U. z 2018 r. poz. 932)

⁵¹ § 20 i 21 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2024 r. poz. 875)

⁵² dalej AOTMiT

⁵³ Pisma: DSOZ.401.282.2020 2020.189580.DRU z 1.12.2020 r., DSOZ.- DRSJGP.401.19.2021 z 12.02.2021 r., DSOZ.- DRSJGP.401.120.2022 2022.374477.CMJS z 16.10.2022 r., NFZ- DRSJGP.623.7.2023 2023.342547.CMJS z 3.11.2023 r.

1.3. Plany zakupów świadczeń zdrowotnych na lata 2021-2023⁵⁴ zostały zrealizowane⁵⁵ w poszczególnych rodzajach świadczeń (15)⁵⁶ na zamierzonym lub wyższym poziomie, za wyjątkiem ośmiu rodzajów (czterech w 2021 r.⁵⁷, dwóch w 2022 r.⁵⁸ i dwóch w 2023 r.⁵⁹), w których liczba zrealizowanych jednostek rozliczeniowych lub wartość zakupionych świadczeń zdrowotnych ogółem dla województwa, były niższe od zaplanowanych. W 2021 r. nie zrealizowano zamierzonej liczby jednostek rozliczeniowych w PSY (97% realizacji pierwotnego planu)⁶⁰ oraz wartości zakupionych świadczeń w: STM (97%)⁶¹, PDT (97%)⁶² i PRO (88%)⁶³, w 2022 r. nie zrealizowano zamierzonej liczby jednostek rozliczeniowych w STM (96%)⁶⁴ oraz wartości zakupionych świadczeń w PDT (99%)⁶⁵, a w 2023 r. nie zrealizowano zamierzonej liczby jednostek w POZ (68%)⁶⁶ oraz wartości zakupów w PDT (89%)⁶⁷. W pozostałych rodzajach świadczeń wartość zakupów była wyższa od zakładanego poziomu w planach pierwotnych: w 2021 r. o od 1% w POZ do 259% w PPZ⁶⁸, w 2022 r. o od 5% w ZPO i PPZ do 37% w PRO⁶⁹, a w 2023 r. o od 7% w OPH do 42% w PRO⁷⁰. W tym samym czasie największy wzrost liczby jednostek rozliczeniowych w stosunku do planów pierwotnych wystąpił w następujących rodzajach świadczeń: w 2021 r. w PPZ (zwiększona realizacja o 90%), SZP (o 55%), REH (o 29%), SOK (o 21%) i AOS (o 18%), w 2022 r. w PPZ (o 90%), REH (o 21%), AOS (o 20%), PRO (o 12%), SZP (o 10%) i POZ (o 7%), a w 2023 r. w OPD (o 176%), OPH (o 169%), RTM (o 103%), PRO (o 87%), PPZ (o 80%), STM (o 36%), AOS (o 34%) i PSY (o 32%).

W sytuacjach mniejszej niż zamierzona realizacji liczby jednostek rozliczeniowych lub wartości zakupów, we wszystkich ośmiu wyżej wskazanych przypadkach, liczba obszarów kontraktacyjnych oraz liczba świadczeniodawców nie zmniejszyły się - pozostały one na tym samym lub wyższym poziomie.

(akta kontroli str. 1593-1596)

Przyczyną niższego niż zaplanowano wykonania świadczeń, jak wyjaśniła Dyrektor Oddziału, było:

- w STM - w latach 2021 i 2022 znaczny wzrost liczby umów wypowiedzianych przez świadczeniodawców - monitorowanie poziomu zabezpieczenia świadczeń ułatwiało decyzje co do ogłaszania uzupełniających postępowań konkursowych (w latach 2021-2022 ogłoszono 42 postępowania, 27 unieważniono z powodu braku ofert); okres

⁵⁴ Odpowiednio z: 15 marca 2021 r., 23 czerwca 2022 r., 15 grudnia 2022 r.

⁵⁵ 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.

⁵⁶ POZ, AOS, SZP, PSY, REH, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej (OPD), OPH, STM, pomoc doraźna i transport sanitarny (PDT), PRO, SOK, ZPO, PPZ oraz koszty realizacji RTM.

⁵⁷ PSY, STM, PDT i PRO.

⁵⁸ STM i PDT.

⁵⁹ POZ i PDT.

⁶⁰ Przy 106% realizacji wartości zakupów.

⁶¹ Przy 100% realizacji jednostek rozliczeniowych.

⁶² Przy 100% realizacji jednostek rozliczeniowych.

⁶³ Przy 113% realizacji jednostek rozliczeniowych.

⁶⁴ Przy 120% realizacji wartości zakupów.

⁶⁵ Przy 100% realizacji jednostek rozliczeniowych.

⁶⁶ Przy 122% realizacji wartości.

⁶⁷ Przy 100% liczbie jednostek rozliczeniowych liczonych ryczałtem i zwiększonej kwocie o 115 097,30 zł w stosunku do planu pierwotnego.

⁶⁸ Ponadto największe przekroczenie wartości zakupów ogółem w 2021 r. było w: SZP (o 55%), OPD (o 25%), AOS (o 24%), SOK (o 23%), REH (o 22%), i ZPO (o 20%).

⁶⁹ Ponadto największe przekroczenie wartości zakupów ogółem w 2022 r. było w: PSY (o 28%), AOS (o 23%), REH (o 20%), STM (o 20%) i SOK (19%).

REH (o 95%), AOS (o 78%), SZP (o 64%), SOK (o 39%) i PRO (o 37%).

⁷⁰ Ponadto największe przekroczenie wartości zakupów ogółem w 2023 r. było w: PPZ (o 35%), RTM (o 29%), REH (o 28%), AOS (o 28%), STM (o 23%), POZ (o 22%) i SZP (o 21%).

COVID-19⁷¹ spowodował ograniczenia w dostępności do świadczeń stomatologicznych, m.in. przez zawieszenia działania gabinetów.

- w PSY - nie zrealizowano w 2021 r. założonego planu w zakresie nowych zamówień, głównie ośrodków środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży - I poziom referencyjny oraz świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dorosłych. Na nowe zamówienia zaplanowano 2 486 793 jednostek rozliczeniowych (pkt.)⁷², rozstrzygnięto trzy postępowania konkursowe w 2021 r., liczba jednostek rozliczeniowych w umowach wieloletnich wzrosła z pierwotnej planowanej liczby 23 982 405 do 25 462 026 pkt.

- w profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu - czynnikiem determinującym spadek realizacji świadczeń w 2021 r. była epidemia COVID-19, obostrzenia ograniczały zgłaszalność pacjentek na badania

- w rodzaju POZ dla świadczeń w 2023 r. przyczyny były różne:

- dla świadczeń rozliczanych po kosztach rzeczywistych – w ramach umów w zakresie świadczenia lekarza POZ wyodrębnione zostały nowe zakresy: budżet podstawowy (diagnostyczny)⁷³ oraz budżet powierzony (BPOK)⁷⁴, których wdrożenie wymagało zmian w funkcjonowaniu przychodni w modelu tzw. opieki koordynowanej. Upowszechnianie programu było rozłożone w czasie i wymagało przeorganizowania sposobu udzielania świadczeń i wprowadzało mechanizm ich rozliczania „za wykonaną usługę”. Dyrektor wskazała na specyfikę realizacji modelu opieki koordynowanej, związanej m.in. z zadaniami koordynatora co skutkowało niższą realizacją powierzonych budżetów,

- dla świadczeń rozliczanych jako ryczałt za przewóz – mniejsza liczba przewozów,

- dla świadczeń rozliczanych jako ryczałt miesięczny – m.in. brak realizatorów w zakresie świadczeń lekarza POZ związanego z zapewnieniem dostępności do świadczeń na terenach o małej gęstości zaludnienia; niska zgłaszalność do programu profilaktyki raka szyjki macicy, spadek świadczeń udzielanych przez lekarza, pielęgniarkę i położną POZ w stanach nagłych zachorowań, niższe rozliczenia świadczeń udzielanych pacjentom uprawnionym.⁷⁵

- w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny – wzrost wartości świadczeń (ryczałtów), będący następstwem rekomendacji Ministra Zdrowia lub Prezesa AOTMiT oraz zmniejszenie rezerwy w tym rodzaju świadczeń. Zarówno liczba jednostek rozliczeniowych, jak i wartość świadczeń w latach 2021 -2023 w zakresach: świadczenia udzielane przez wyjazdowy zespół sanitarny typu „N” oraz świadczenia udzielane przez zespół transportu medycznego nie uległa zmniejszeniu, wyłącznie pozycja w planie zakupu 017 Rezerwa, została pomniejszona.

(akta kontroli str. 1593-1596, 4787, 4861-4879, 4910-4911, 6168-6176)

⁷¹ rozporządzenie Ministra Edukacji i Nauki z dnia 26 stycznia 2022 r. w sprawie czasowego ograniczenia funkcjonowania jednostek systemu oświaty Dz. U. z 2022 r. poz. 186 ze zm.).

⁷² Na zwiększenie dostępności do świadczeń psychologicznych i psychoterapeutycznych dla dzieci i młodzieży - I poziom referencyjny.

⁷³ Wprowadzony 1 lipca 2022 r. obligatoryjnie dla wszystkich umów.

⁷⁴ Wprowadzony od 1 października 2022 r. dla podmiotów gotowych przystąpić do realizacji w wybranych grupach dziedzinowych takich jak: 1. diagnostyka i leczenie nadciśnienia tętniczego, niewydolności serca, przewlekłej choroby niedokrwiennej serca oraz migotania przedsionków (kardiologia), 2. diagnostyka i leczenie stanów przedcukrzycowych albo cukrzycy (diabetologia), 3. diagnostyka i leczenie astmy oskrzelowej i przewlekłej choroby obturacyjnej płuc (pulmonologia), 4. diagnostyka i leczenie nadczynności tarczycy, diagnostyka i leczenie niedoczynności tarczycy oraz diagnostyka guzków pojedynczych i mnogich tarczycy (endokrynologia), 5. diagnostyka i leczenie przewlekłej choroby nerek (nefrologia) od 1 listopada 2023 r.

⁷⁵ Na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz.U. z 2024 r., poz. 167 ze zm.), dalej także: ustawa o pomocy. Dotyczyło to zakresów: 1. pierwszorzadowe świadczenie lekarza POZ związane z oceną stanu zaszczepienia oraz stanu zdrowia wraz ze szczepieniem osoby spoza listy świadczeniobiorców, innej niż ubezpieczona, uprawnionej na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy o pomocy; 2. świadczenie lekarza POZ związane z realizacją indywidualnego kalendarza szczepień (iksz) dla osoby spoza listy świadczeniobiorców innej niż ubezpieczona, uprawnionej na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy o pomocy.

W latach 2021-2023 Oddział rokrocznie planował i realizował zakup większej niż w poprzednim roku liczby jednostek rozliczeniowych o wyższych wartościach. W 2021 r. Oddział zrealizował świadczenia zdrowotne o łącznej wartości 8 203 457,1 tys. zł, odpowiadającej 4 864 328,7 tys. jednostkom rozliczeniowym, co stanowiło odpowiednio 132% i 142% pierwotnego planu zakupu świadczeń, w 2022 r. zrealizował świadczenia o łącznej wartości 10 207 662,9 tys. zł, odpowiadającej 5 338 165,8 tys. jednostkom rozliczeniowym, co stanowiło odpowiednio 114% i 111% pierwotnego planu zakupu, w 2023 r. zrealizował świadczenia o łącznej wartości 13 030 008,9 tys. zł, odpowiadającej 6 499 543,5 tys. jednostkom rozliczeniowym, co stanowiło odpowiednio 121% i 117% pierwotnego planu zakupu.

Od 2021 r. środki na koszty świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 8 ustawy o świadczeniach, tj. świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia uzdrowiskowego, były ujmowane w planach finansowych Centrali, nie były wykazywane w planach zakupów Oddziału.

(akta kontroli str. 1593-1596)

W poddanych szczegółowej analizie 17 zakresach świadczeń⁷⁶ w dwóch przypadkach w PSY Oddział dokonał zakupu jednostek rozliczeniowych na poziomie 0 - *środowiskowe centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży - II poziom referencyjny* (w 2021 r.) oraz *świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży* (w 2023 r.). Na zakup tych świadczeń zaplanowano odpowiednio: 15 560,2 tys. zł (odpowiadających 1 503,4 tys. jednostkom rozliczeniowym) oraz 2 724,2 tys. zł (odpowiadających 211,2 tys. jednostkom rozliczeniowym). Ponadto w trzech zakresach w 2021 r.⁷⁷, trzech zakresach w 2022 r.⁷⁸ i w jednym zakresie w 2023 r.⁷⁹ nie dokonano zakupu świadczeń zgodnie z przyjętym planem zakupu.

(akta kontroli str. 1598-1599)

Wśród świadczeń, których nie zrealizowano na zaplanowanym poziomie zakupów w latach 2021-2023, znalazły się zakresy zaliczone do ogólnopolskich priorytetów zdrowotnych: zwiększenie dostępności do kompleksowej opieki onkologicznej dla pacjentów z nowotworem piersi na terenie wszystkich oddziałów wojewódzkich, zwiększenie dostępności do świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży realizowanych w trybie ambulatoryjnym i dziennym w celu zmniejszenia liczby hospitalizacji i poprawa dostępności do świadczeń poprzez zmianę struktury ich

⁷⁶ (AOS) – świadczenia w zakresie diabetologii, (AOS) – świadczenia w zakresie diabetologii – św. pierwszorazowe, (AOS) – świadczenia w zakresie endokrynologii, (AOS) – świadczenia w zakresie endokrynologii – św. pierwszorazowe, (AOS) – świadczenia w zakresie okulistyki, (AOS) – świadczenia w zakresie okulistyki dla dzieci, (SZP) – kompleksowa opieka po zawale mięśnia sercowego, (SZP) – kompleksowa opieka onkologiczna nad pacjentem z nowotworem piersi, (PSY) – świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży, (PSY) – świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży, (PSY) – ośrodek środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży - I poziom referencyjny, (PSY): środowiskowe centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży - II poziom referencyjny, (REH) – rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych po leczeniu operacyjnym, (OPD) – zakresy świadczeń ogółem bez świadczeń dla dzieci i młodzieży, (STM) – świadczenia ogólnostomatologiczne udzielane dla dzieci i młodzieży, w tym: świadczenia ogólnostomat. udzielane uczniom, św. ogólnostomat. dla dzieci i młodzieży do 18 r.ż.; św. ogólnostomat. udzielane uczniom do 18 r.ż.; św. ogólnostomat. udzielane w dentobusie uczniom do 18 r.ż., od 2022 r.: św. ogólnostomat. udzielane w gabinecie szkolnym, (OPH) – świadczenia w hospicjum domowym, (OPH) – świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci.

⁷⁷ (PSY) – ośrodek środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży - I poziom referencyjny (wykonanie na poziomie 79% wartości z pierwotnego planu odpowiadającej 79% jednostkom rozliczeniowym), (REH) – rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych po leczeniu operacyjnym (84% wartości odpowiadającej 85% jednostkom rozliczeniowym), (OPH) – świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci (99% wartości odpowiadającej 99% jednostkom rozliczeniowym).

⁷⁸ (PSY) – ośrodek środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży - I poziom referencyjny (wykonanie na poziomie 101% wartości z pierwotnego planu odpowiadającej 92% jednostkom rozliczeniowym) (STM) – świadczenia ogólnostomatologiczne udzielane dla dzieci i młodzieży ogółem (91% wartości odpowiadającej 93% jednostkom rozliczeniowym), (OPH) – świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci (106% wartości odpowiadającej 96% jednostkom rozliczeniowym).

⁷⁹ (SZP) – kompleksowa opieka onkologiczna nad pacjentem z nowotworem piersi (89% wartości odpowiadającej 86% jednostkom rozliczeniowym).

udzielania na rzecz świadczeń udzielanych w trybie ambulatoryjnym i dziennym (PSY), zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych po urazach i zabiegach operacyjnych (REH), wyrównanie dostępności do stomatologii dziecięcej w skali województwa oraz kraju (STM), poprawa dostępności do świadczeń w opiece paliatywnej i hospicyjnej dla pacjentów dorosłych i poniżej 18 r.ż. (OPH). Mimo niezrealizowania zakupów na zaplanowanym poziomie, liczba obszarów kontraktacyjnych oraz liczba świadczeniodawców nie zmniejszyły się w tych zakresach (pozostały na tym samym lub wyższym poziomie).

W przypadku świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dzieci i młodzieży, Oddział planował w kolejnych latach 2021-2023 zakup mniejszej liczby jednostek rozliczeniowych oraz przeznaczał na to rokrocznie niższe kwoty⁸⁰, natomiast w przypadku świadczeń dziennych psychiatrycznych rehabilitacyjnych dla dzieci i młodzieży, zaplanował w 2022 r. zakup niższej liczby jednostek rozliczeniowych o mniejszej wartości w porównaniu do 2021 r.⁸¹, pomimo zaliczenia tych zakresów do ogólnopolskich priorytetów zdrowotnych. Kwoty wydatkowane na zakup tych świadczeń w kolejnych latach również były coraz niższe⁸².

(akta kontroli str. 1598-1599)

Przyczyną niższego niż zaplanowano wykonania świadczeń w powyższych zakresach, jak wyjaśniła Dyrektor Oddziału, było:

- w PSY (ośrodek środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży - I poziom referencyjny) - w 2021 r. siedem postępowań zostało unieważnionych. Mniejsza liczba zrealizowanych jednostek rozliczeniowych i wartość realizacji w zakresie umów wieloletnich spowodowana była sytuacją epidemiczną, i niższą zgłaszalnością dzieci na świadczenia. W 2022 r. zaplanowano dwie umowy na 126 600 jednostek rozliczeniowych (pkt) na świadczenia psychologiczne i psychoterapeutyczne dla dzieci i młodzieży – I poziom referencyjny; postępowania w czterech przypadkach zakończyły się unieważnieniem z powodu braku oferentów⁸³, w jednym przypadku skrócono okres rozliczeniowy⁸⁴. W PSY środowiskowe centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży - II poziom referencyjny - niezrealizowanie planu zakupu⁸⁵ w 2021 r. wynikało z braku informacji od potencjalnych oferentów o gotowości do ich realizacji - nie ogłoszono postępowań konkursowych. Priorytetem były konkursy ofert na zawarcie umów na świadczenia ośrodka środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży - I poziom referencyjny, celem wdrażania nowego modelu opieki na dziećmi i młodzieżą w psychiatrii. Zakres środowiskowe centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży - II poziom referencyjny, w ciągu roku został usunięty⁸⁶ z szablonów w słownikach SIKCH⁸⁷, a dla II poziomu referencyjnego

⁸⁰ Liczba jednostek rozliczeniowych w planach pierwotnych na lata 2021-2023 wynosiła odpowiednio: 635 280, 317 658 i 14 717 o łącznych wartościach odpowiednio: 5 082 240 zł, 2 600 094,8 zł i 189 260,6 zł.

⁸¹ Liczba jednostek rozliczeniowych w planach pierwotnych na lata 2021-2023 wynosiła odpowiednio: 147 118, 63 234, 211 179 o łącznych wartościach odpowiednio: 1 132 332,8 zł, 498 958,7 zł i 2 724 209,1 zł.

⁸² W świadczeniach psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dzieci i młodzieży odpowiednio: 5 434 352 zł odpowiadających 679 294 jednostkom rozliczeniowym, 2 641 485,8 zł odpowiadających 317 658 jednostkom rozliczeniowym i 207 886,3 zł odpowiadających 15 716,4 jednostkom. W świadczeniach dziennych psychiatrycznych rehabilitacyjnych dla dzieci i młodzieży odpowiednio: 1 162 220,8 zł odpowiadających 150 854 jednostkom rozliczeniowym, 498 958,7 zł odpowiadających 63 234 jednostkom rozliczeniowym i 0 zł w 2023 r.

⁸³ Trzech na obszar kontraktowania grupa powiatów jarociński i średzki oraz 1 na grupę powiatów gostyński i rawicki.

⁸⁴ Zawarcie umowy nastąpiło od 1 września 2022 r.

⁸⁵ Realizacja na poziomie 0.

⁸⁶ W związku ze zmianą załącznika nr 8 (Warunki szczegółowe, jakie są obowiązani spełniać świadczeniodawcy realizujący świadczenia gwarantowane z zakresu opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży w ramach poziomów referencyjnych), wprowadzonym rozporządzeniem Ministra Zdrowia zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2020 r. poz. 1641).

⁸⁷ SIKCH – zintegrowany system informatyczny obsługi ubezpieczyciela.

wprowadzono zakres centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży – II poziom referencyjny⁸⁸.

- w PSY świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży - celem poprawy dostępności do świadczeń we wskazanym zakresie zaplanowano postępowania na zawarcie siedmiu umów. Z uwagi na reformę psychiatrii w zakresie świadczeń dla dzieci i młodzieży odstąpiono od ogłaszania postępowań na ten zakres świadczeń dziennych psychiatrycznych rehabilitacyjnych dla dzieci i młodzieży na rzecz kompleksowego kontraktowania zakresów świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży: ambulatoryjne oraz dzienne rehabilitacyjne, w ramach zakresu centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży – II poziom referencyjny, w skład którego wchodzi oba zakresy (poradnia i oddział dzienny). Ogłoszono 11 postępowań konkursowych, cztery postępowania rozstrzygnięto i zawarto umowy, pozostałe unieważniono. Zwiększyła się liczba jednostek rozliczeniowych i wartość realizacji w pozycji planu dla zakresu centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży – II poziom referencyjny z pierwotnie planowanych 417 748,60 pkt (wartość 5 388 956,9 zł) do 548 873,2 pkt (wartość 7 313 232,3 zł).

Ponadto w zakresie: świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży Dyrektor wyjaśniła, że zgodnie z zapisami § 2 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia⁸⁹ zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, Oddział zaproponował od 1 lipca 2022 r. zmianę umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży na zakres: centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży - poradnia zdrowia psychicznego - II poziom referencyjny.⁹⁰

- w REH rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych po leczeniu operacyjnym – niezrealizowanie w 2021 r. planu w zakresie nowych zamówień oraz niższy poziom realizacji świadczeń związany z epidemią COVID-19. Z tytułu przypadającego na 30 czerwca 2021 r. zakończenia umów wieloletnich „pozasieciowych”⁹¹ oraz umów „sieciowych”⁹² w zakresie świadczeń rehabilitacji leczniczej w trybie stacjonarnym, zaplanowano postępowania konkursowe, z uwagi na epidemię COVID-19 odstąpiono od konkursów i aneksowano umowy na kolejny okres rozliczeniowy 2021 r.

- w OPH świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci – nie zrealizowano w 2021 r. i 2022 r. założonego planu w zakresie nowych zamówień, ponieważ ogłoszone 9 grudnia 2020 r. postępowanie konkursowe na dwie umowy zostało unieważnione, następne postępowanie (na dwie umowy) ogłoszono 1 września 2021 r., zawarto jedną umowę na 390 pkt. Liczba jednostek rozliczeniowych w umowach wieloletnich wzrosła z planowanej liczby pkt. 65 144 do 68 390 pkt. Konkursy w 2022 r. zakładały zawarcie 17 umów, zawarto osiem umów z powodu braku realizatorów świadczeń.

- w STM świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży⁹³ – w 2022 r. zakresy skojarzone⁹⁴ zostały wprowadzane do umów⁹⁵ na podstawie porozumień ze

⁸⁸ W 2023 r. realizacja zakupów liczby jednostek rozliczeniowych i ich wartości była wyższa niż zaplanowano (136% wartości odpowiadającej 131% jednostkom rozliczeniowym).

⁸⁹ Z 15 grudnia 2021 r., (Dz.U. z 2021 r. poz. 2400), zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień

⁹⁰ Przedstawioną propozycję zmian zaakceptowali świadczeniodawcy posiadający umowę w tym zakresie, z wyjątkiem jednego podmiotu

⁹¹ Typ umów 05/1.

⁹² Typ umów 03/8.

⁹³ W tym następujące zakresy: św. ogólnostom. udzielanie uczniom, św. ogólnostom. dla dzieci i młodzieży do 18 r.ż., św. ogólnostom. udzielane uczniom do 18 r.ż., św. ogólnostom. udzielane w dentobusie uczniom do 18 r.ż., św. ogólnostom. udzielane w gabinecie szkolnym (od 2022 r.).

⁹⁴ Świadczenia ogólnostomatologiczne udzielane uczniom i świadczenia ogólnostomatologiczne udzielane uczniom do 18 roku życia.

⁹⁵ W rodzaju STM, w zakresie św. ogólnostom. dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 r.ż.

świadczeniodawcami⁹⁶. Zgodnie z ustawą o opiece nad uczniami oraz wydanym przez Prezesa NFZ zarządzeniem⁹⁷ wprowadzającym nielimitowany sposób finansowania świadczeń udzielanych w zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 r.ż. - w umowach wprowadzono usługę skojarzoną⁹⁸ (na podstawie podpisanych porozumień). W zakresie świadczeń udzielanych w dentobusie brak jest zakresu skojarzonego na świadczenia ogólnostomatologiczne udzielane w dentobusie uczniom do 18 r.ż. W związku z wprowadzeniem⁹⁹ nowego zakresu – świadczenia ogólnostomatologiczne udzielane w gabinecie szkolnym, Oddział w 2022 r. ogłaszał postępowania, na wniosek zainteresowanych oferentów, których gabinet był zlokalizowany na terenie szkoły, stosując zasadę kontraktowania świadczeń na obszarze subregionów. Ponadto Dyrektor wskazała te same przyczyny niezrealizowania zaplanowanego wykonania świadczeń w 2021 r. i 2022 r. w rodzaju STM (wymienione powyżej).

- w SZP kompleksowa opieka onkologiczna nad pacjentem z nowotworem piersi¹⁰⁰ - przy ustalaniu propozycji finansowych na realizację w zakresie KON-Pierś na 2023 r. uwzględniono przede wszystkim, że wpisywał się on w realizację ogólnopolskich priorytetów zdrowotnych na rok 2021 i lata następne. Zaproponowano podmiotom leczniczym wartości finansowe, które odpowiadały ich wykonaniu w roku 2022, a w przypadku niewykonania świadczeń w danym zakresie, uwzględniały wartość umowy z roku 2022. Z uwagi na epidemię COVID-19 i stan zagrożenia epidemicznego, założono, że powstanie zjawisko „długu zdrowotnego”, które wymagać będzie istotnego zwiększenia liczby przyjęć pacjentów, w tym z rozpoznaniem onkologicznymi. Mimo iż wartość zrealizowanych w 2023 r. świadczeń w zakresie KON-Pierś znacznie przewyższyła wartość ich wykonania w 2022 r., szpitale nie osiągnęły założonego wstępnie planu ich realizacji na rok 2023.

- w AOS – świadczenia w zakresie okulistyki dla dzieci – mniejsza realizacja świadczeń przez świadczeniodawców w 2021 r. wynikała z pandemii COVID-19.

(akta kontroli str. 1598-1599, 4787, 4788, 4861-4879, 5910-4911, 6168-6176)

W siedmiu objętych badaniem zakresach świadczeń¹⁰¹, zaliczonych do ogólnopolskich priorytetów, rokrocznie planowano zakup większej liczby jednostek rozliczeniowych o wyższych wartościach, w porównaniu do lat ubiegłych, podobnie było ze zrealizowanymi zakupami tych świadczeń. W jednym ze zbadanych zakresów¹⁰², zaliczonym również do priorytetów, rokrocznie realizowano zakup większej liczby jednostek rozliczeniowych i ich wartości.

(akta kontroli str. 1598-1599)

Zabezpieczenie porównywalnego dostępu od świadczeń zdrowotnych na terenie województwa opisano w punkcie 1.9. niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

1.4.

1.4.a. W okresie objętym kontrolą, Oddział przeprowadził łącznie 928 postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursów

⁹⁶ O których mowa w art. 12. ust 3 ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami, Dz. U z 2019 r., poz. 1078. Dalej: ustawa nad uczniami.

⁹⁷ Z dnia 11 września 2019 r., nr 120/2019/DSOZ, zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne.

⁹⁸ W wysokości 20% wielkości miesięcznego etatu przeliczeniowego wskazanego w umowie.

⁹⁹ Zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 140/2021/DSOZ, z dnia 9 sierpnia 2021 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne.

¹⁰⁰ Dalej: KON-Pierś.

¹⁰¹ 1. (SZP) - kompleksowa opieka po zawale mięśnia sercowego 2. (SZP) – KON-Pierś 3. (REH) - rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych po leczeniu operacyjnym 4. (OPD) - zakresy świadczeń ogółem bez świadczeń dla dzieci i młodzieży 5. (STM) - świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży 6. (OPH) - świadczenia w hospicjum domowym 7. (OPH) - świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci.

¹⁰² ośrodek środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży – I poziom referencyjny (PSY).

ofert, w 11 rodzajach świadczeń, w tym 75 w 2021 r.¹⁰³, 374 w 2022 r.¹⁰⁴, 386 w 2023 r.¹⁰⁵ i 93 w 2024 r.¹⁰⁶ (do 30 czerwca) oraz pięć postępowań w trybie rokowań, w czterech rodzajach świadczeń, w tym jedno w 2021 r.¹⁰⁷ i cztery w 2022 r.¹⁰⁸

W latach 2021-2024 (do 30 czerwca), najwięcej postępowań przeprowadzono w AOS (264), SZP (121), REH (118) i PSY (116). Postępowania konkursowe i rokowania kształtowały się odpowiednio:

- w AOS – 264 (13, 103, 106, 42), w SZP – 121 (28, 27, 53, 13), w REH – 118 (1, 103, 13, 1), w PSY – 116 (11, 17, 80, 8), w OPH – 73 (1, 67, 3, 2), w PRO – 69 (1, 7, 42, 19), w STM – 68 (20, 22, 24, 2), w OPD – 63 (57 w 2022 r. i sześć w 2024 r.), w SOK – 38 (30 w 2022 r. i osiem w 2023 r.), w POZ – dwa w 2022 r., w RTM – jedno w 2021 r.

Liczba świadczeniodawców, którzy na koniec poszczególnych lat¹⁰⁹ posiadali obowiązujące umowy¹¹⁰ to odpowiednio: 31, 146, 122 i 45, spośród łącznej liczby odpowiednio: 1 394, 1 295, 1 249 i 1 243 świadczeniodawców, działających na podstawie umów (2,2%, 11,3%, 9,8% i 3,6%).

W poszczególnych rodzajach świadczeń dane te kształtowały się następująco:

- w POZ i w RTM po jednym świadczeniodawcy w 2021 r., który na koniec poszczególnych lat działał na podstawie umów zawartych w trybie konkursów i rokowań ogłoszonych w tych latach¹¹¹,
- w AOS – 7, 37, 48 i 32, czyli odpowiednio 1, 8, 10 i 7% świadczeniodawców,
- w SZP – 19, 16, 36 i 7, czyli odpowiednio 30, 26, 57 i 11% świadczeniodawców,
- w PSY – 2, 5, 18 i 0, czyli odpowiednio 2, 4, 14 i 0% świadczeniodawców,
- w REH – 0, 41, 7 i 1, czyli odpowiednio 0, 19, 3 i 0,4% świadczeniodawców,
- w OPD – 29 w 2023 r. i 5 w 2024 r., czyli odpowiednio 22 i 4% świadczeniodawców,
- w OPH – 1, 57, 2 i 1, czyli odpowiednio 2, 100, 3 i 2% świadczeniodawców,
- w STM – 2, 12, 3 i 0, czyli odpowiednio 0,3, 2, 1 i 0% świadczeniodawców,
- w PRO – 1, 19, 3 i 5, czyli odpowiednio 2, 37, 6 i 9% świadczeniodawców,
- w SOK – 16 świadczeniodawców w 2022 r. i 3 w 2023 r., czyli odpowiednio 52% i 10% świadczeniodawców.

(akta kontroli str. 1583, 1601)

1.4.b. W latach 2021-2024 (do 30 czerwca) łączna liczba obowiązujących umów zawartych przez Oddział ze świadczeniodawcami w 14 rodzajach świadczeń wynosiła odpowiednio: 4 484, 4 543, 4 531 i 4 653, w tym odpowiednio 2 319, 2 379, 2 243 i 2 191 zawartych w trybie konkursów oraz 18, 23, 16 i 15 w trybie rokowań.

Łączna liczba umów zawartych ze świadczeniodawcami w latach objętych kontrolą w 13 rodzajach świadczeń wynosiła 1 433, w tym 683 zawartych w trybie konkursów w 10 rodzajach świadczeń i osiem w trybie rokowań w czterech rodzajach świadczeń. W 2021 r. zawarto łącznie 145 umów (w tym 38 w trybie konkursów i dwie w trybie rokowań), w 2022 r. – 407 umów (w tym 251 w trybie konkursów i sześć w trybie rokowań), w 2023 r. – 519 umów (w tym 278 w trybie konkursów), a w 2024 r. – 362 umowy (w tym 116 w trybie konkursów).

Liczba obowiązujących w latach 2021-2024 (do 30 czerwca) umów ze świadczeniodawcami w poszczególnych rodzajach świadczeń kształtowała się następująco:

¹⁰³ W ośmiu rodzajach świadczeń: AOS, SZP, PSY, REH, OPH, STM, PRO, RTM.

¹⁰⁴ W dziewięciu rodzajach świadczeń: POZ, AOS, SZP, PSY, REH, OPH, STM, PRO, SOK.

¹⁰⁵ W dziewięciu rodzajach świadczeń: AOS, SZP, PSY, REH, OPD, OPH, STM, PRO, SOK.

¹⁰⁶ W ośmiu rodzajach świadczeń: AOS, SZP, PSY, REH, OPD, OPH, STM, PRO.

¹⁰⁷ W AOS.

¹⁰⁸ W AOS, PSY i SOK.

¹⁰⁹ Na koniec lat 2021-2023 i na 30 czerwca 2024 r.

¹¹⁰ Zawarte w trybie konkursów i rokowań ogłoszonych w tych latach.

¹¹¹ Co stanowiło odpowiednio 50% świadczeniodawców posiadających na koniec 2021 r. ważne umowy, zawarte w trybie konkursów i rokowań.

- w POZ odpowiednio: 1 567, 1 552, 1 577 i 1 555, zawartych w trybie konkursów i rokowań: 3, 4, 3 i 3. W poszczególnych latach zawarto łącznie 169 umów, z czego jedną w trybie rokowań w 2022 r.
- w AOS odpowiednio: 783, 782, 772, 776, zawartych w trybie konkursów i rokowań: 691, 690, 685 i 687. W poszczególnych latach w trybie konkursów i rokowań zawarto łącznie 145 umów, odpowiednio 7, 40, 64 i 34.
- w SZP odpowiednio: 214¹¹², 246¹¹³, 216¹¹⁴ i 208¹¹⁵, zawartych w trybie konkursów i rokowań: 160, 178, 162 i 155. W poszczególnych latach zawarto łącznie 211¹¹⁶ umów, 147 w trybie konkursów (24, 37, 78 i 8).
- w PSY odpowiednio: 167, 168, 194 i 192, zawartych w trybie konkursów i rokowań: 164, 165, 191 i 188. W poszczególnych latach w trybie konkursów i rokowań zawarto łącznie 44 umowy (dwie, pięć, 29 i osiem).
- w REH odpowiednio: 370, 371, 377 i 331, zawartych w trybie konkursów i rokowań: 359, 353, 360 i 313. W poszczególnych latach w wyniku konkursów zawarto łącznie 99 umów (w 2022 r. 41, w 2023 r. 56 i w 2024 r. dwie).
- w OPD odpowiednio: 143, 140, 166 i 144, zawartych w trybie konkursów i rokowań: 141, 138, 163 i 141. W poszczególnych latach w wyniku konkursów zawarto łącznie 34 umowy (29 w 2023 r. i pięć w 2024 r.).
- w OPH odpowiednio: 62, 130, 71 i 71, zawartych w trybie konkursów i rokowań: 60, 127, 71 i 71. W poszczególnych latach w wyniku konkursów zawarto łącznie 76 umów (po trzy w 2021 i 2023 r., 68 w 2022 r. i w 2024 r. dwie).
- w STM odpowiednio: 678, 651, 546 i 518, z czego zawartych w trybie konkursów: 658, 620, 516 i 489. W poszczególnych latach zawarto w wyniku konkursów łącznie 34 umowy (dwie, 15, 12 i pięć).
- w PDT odpowiednio: po 7 umów w każdym roku, zawartych w wyniku konkursów; w okresie objętym kontrolą nie zawarto nowych umów.
- w PRO odpowiednio: 49, 67, 69 i 118, zawartych w trybie konkursów: 49, 65, 67 i 116. W poszczególnych latach w wyniku konkursów zawarto łącznie 73 umowy (jedną, 19, cztery i 49).
- w SOK odpowiednio: 42, 59, 36 i 38, zawartych w trybie konkursów i rokowań: 38, 54, 33 i 35. W poszczególnych latach w wyniku konkursów i rokowań zawarto łącznie 37 umów (w 2021 r. 31, w 2022 r. i w 2024 r. po trzy).
- w ZPO odpowiednio: 312, 304, 315 i 300, z czego żadna nie była zawarta w trybie konkursów i rokowań, w poszczególnych latach zawarto łącznie 65 umów.
- w PPZ odpowiednio: 87, 65, 184 i 394, cztery zawarte w trybie konkursów w 2021 r.; w poszczególnych latach zawarto łącznie 445 umów.
- w RTM odpowiednio: w 2021 r. trzy, w latach 2022-2024 po jednej, z czego wszystkie były zawarte w trybie konkursów. W poszczególnych latach zawarto 1 umowę w trybie konkursu w 2021 r.

(akta kontroli str. 1583)

Po przeprowadzonych postępowaniach konkursowych i rokowaniach w 2021 r. podpisano z 36 świadczeniodawcami 40 umów, w tym w AOS z siedmioma świadczeniodawcami siedem umów, w SZP z dwoma świadczeniodawcami 24 umowy, w PSY z dwoma świadczeniodawcami dwie umowy, w OPH z trzema

¹¹² Wśród 214 umów obowiązujących w SZP w 2021 r. znajdowało się 49 umów sieciowych obejmujących: 39 POZ PSZ, 47 AOS PSZ, 26 REH PSZ, 2 PDT PSZ i 9 SOK PSZ.

¹¹³ Wśród 246 umów obowiązujących w SZP w 2022 r. znajdowało się 49 umów sieciowych obejmujących: 39 POZ PSZ, 47 AOS PSZ, 25 REH PSZ, 2 PDT PSZ i 9 SOK PSZ.

¹¹⁴ Wśród 216 umów obowiązujących w SZP w 2023 r. znajdowało się 48 umów sieciowych obejmujących: 39 POZ PSZ, 48 AOS PSZ, 26 REH PSZ, 2 PDT PSZ i 9 SOK PSZ.

¹¹⁵ Wśród 208 umów obowiązujących w SZP w 2024 r. (do 30 czerwca) znajdowało się 48 umów sieciowych obejmujących: 39 POZ PSZ, 48 AOS PSZ, 26 REH PSZ, 2 PDT PSZ i 9 SOK PSZ.

¹¹⁶ Wśród 211 umów zawartych w SZP w latach 2021-2024 znajdowało się 48 umów sieciowych zawartych w 2022 r., obejmujących: 39 POZ PSZ, 48 AOS PSZ, 26 REH PSZ, 2 PDT PSZ i 9 SOK PSZ.

świadczeniodawcami trzy umowy, w STM z dwoma świadczeniodawcami dwie umowy, w PRO z jednym świadczeniodawcą jedną umowę, w RTM umowę z jednym świadczeniodawcą.

Po postępowaniach konkursowych i rokowaniach w 2022 r. podpisano z 222 świadczeniodawcami 257 umów, w tym w POZ jedną umowę ze świadczeniodawcą umowę, w AOS z 39 świadczeniodawcami 40 umów, w SZP z 18 świadczeniodawcami 37 umów, w PSY z pięcioma świadczeniodawcami pięć umów, w REH z 41 świadczeniodawcami 41 umów, w OPH z 57 świadczeniodawcami 68 umów, w STM z 12 świadczeniodawcami 15 umów, w PRO z 19 świadczeniodawcami 19 umów, w SOK z 30 świadczeniodawcami 31 umów.

Po konkursach i rokowaniach w 2023 r. podpisano z 210 świadczeniodawcami 278 umów, w tym w AOS z 50 świadczeniodawcami 64 umów, w SZP z 37 świadczeniodawcami 78 umów, w PSY z 18 świadczeniodawcami 29 umów, w REH z 55 świadczeniodawcami 56 umów, w OPD z 29 świadczeniodawcami 29 umów, w OPH z trzema świadczeniodawcami trzy umowy, w STM z 11 świadczeniodawcami 12 umów, w PRO z czterema świadczeniodawcami cztery umowy, w SOK z trzema świadczeniodawcami trzy umowy.

Po przeprowadzonych postępowaniach konkursowych i rokowaniach w 2024 r. (do 30 czerwca) podpisano z 111 świadczeniodawcami 116 umów, w tym w AOS z 32 świadczeniodawcami 34 umowy, w SZP z siedmioma świadczeniodawcami osiem umów, w PSY z siedmioma świadczeniodawcami osiem umów, w REH z dwoma świadczeniodawcami dwie umowy, w OPD z pięcioma świadczeniodawcami pięć umów, w OPH z dwoma świadczeniodawcami dwie umowy, w STM z pięcioma świadczeniodawcami pięć umów, w PRO z 49 świadczeniodawcami 49 umów, w SOK z dwoma świadczeniodawcami trzy umowy.

(akta kontroli str. 6903-6906)

1.4.c. W latach 2021-2024 (do 30 czerwca), łącznie 640 świadczeniodawców zawarło po raz pierwszy umowy z Oddziałem. W 2021 r. było to 101 nowych świadczeniodawców w siedmiu rodzajach świadczeń (62 w PPZ, 18 w ZPO, 16 w POZ, dwóch w SZP i po jednym w PSY, OPH i STM), w 2022 r. – 80 nowych w dziewięciu rodzajach świadczeń (25 w POZ, 14 w PPZ, 12 w ZPO, dziewięciu w PRO, siedmiu w STM, sześciu w AOS, pięciu w OPH oraz po jednym w PSY i SOK), w 2023 r. – 205 nowych świadczeniodawców w 12 rodzajach świadczeń (111 w PPZ, 35 w POZ, 21 w ZTM, 12 w AOS, ośmiu w PSY, sześciu w STM, pięciu w REH, po dwóch w SZP i OPD, po jednym w OPH, PRO i SOK), a w 2024 r. – 254 nowych świadczeniodawców w 10 rodzajach świadczeń (215 w PPZ, po ośmiu w POZ i PRO, siedmiu w ZTM, sześciu w PSY, czterech w STM, po dwóch w AOS i OPD i po jednym w REH i OPH).

W powyższym okresie Oddział dokonał łącznie 300 (46,9%) weryfikacji spełniania ustalonych wymagań przez świadczeniodawców, z którymi zawarto umowy po raz pierwszy: w 2021 r. – 85 (84,2%), w 2022 r. – 73 (91,2%), w 2023 r. – 100 (48,8%), a w 2024 r. – 42 (16,5%). Spośród łącznie 640 świadczeniodawców, którzy podpisali umowy po raz pierwszy, 402 udzielało świadczeń w PPZ i to wśród nich Oddział przeprowadził 71 weryfikacji (17,7%). Wśród pozostałych 238 świadczeniodawców przeprowadzono łącznie 229 weryfikacji (odpowiednio 33, 64, 93 i 39), co stanowiło 96% zweryfikowanych świadczeniodawców (odpowiednio 84,6%, 97%, 99% i 100%).

(akta kontroli str. 1583, 1586)

W procedurze do procesu: Zawarcie umowy o realizację programu pilotażowego v.1.0 obowiązującej od 26 listopada 2021 r. zapisano, że przeprowadzenie czynności weryfikujących u wnioskodawcy dotyczy nowych oraz dotychczasowych wnioskodawców, których informacje zawarte we wnioskach budzą zastrzeżenia. Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że *Oddział odstąpił od przeprowadzenia czynności*

weryfikujących w miejscu udzielania świadczeń pilotażowych, ponieważ przedmiot zwieranych umów dedykowany był dla świadczeniodawców, którzy posiadali umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a miejscem realizacji tych świadczeń były zakontraktowane komórki organizacyjne. Zawieranie umów o realizację programu pilotażowego następowało z dotychczasowymi wnioskodawcami, Oddział nie widział przesłanek do przeprowadzenia weryfikacji miejsc udzielania świadczeń, innej niż spełnianie warunków wymaganych do realizacji pilotażu na podstawie złożonych wniosków.

(akta kontroli str. 1608-1621, 4910-4911, 6168-6177)

Na podstawie szczegółowego badania 29 umów zawartych po raz pierwszy ze świadczeniodawcami w dwóch rodzajach świadczeń: POZ (13 umów¹¹⁷), AOS (osiem umów¹¹⁸) oraz w trzech zakresach w profilaktycznych programach zdrowotnych w kierunku wczesnego wykrycia: raka piersi (cztery umowy¹¹⁹), raka jelita grubego (trzy umowy¹²⁰) i raka szyjki macicy (jedna umowa¹²¹) ustalono, że weryfikację spełnienia ustalonych wymagań przeprowadzono u 26 świadczeniodawców: u 10 spośród 13 w POZ oraz u wszystkich zbadanych w AOS i w profilaktycznych programach zdrowotnych w kierunku wykrycia raka jelita grubego, raka piersi i raka szyjki macicy.

(akta kontroli str. 1586, 1182-1376, 2128-2355)

Ustalono, że Oddział nie przeprowadził trzech weryfikacji świadczeniodawców w POZ w 2021 r.¹²², natomiast u dwóch świadczeniodawców w POZ, którzy zawarli umowy po raz pierwszy w 2022 r.¹²³, Oddział przeprowadził weryfikacje dopiero w trakcie kontroli NIK, we wrześniu 2024 r.¹²⁴

P.o. Zastępca Dyrektora¹²⁵ uzasadniła brak weryfikacji stanem epidemii COVID-19¹²⁶. Zaznaczono, że w przypadku jednej z umów zawartych w 2022 r.¹²⁷, dla której weryfikację przeprowadzono 13 września 2024 r., miejsce udzielania świadczeń było tożsame z miejscem poprzednio udzielanych świadczeń, zmienił się tylko podmiot ich udzielający.

(akta kontroli str. 1182-1267, 1583, 1586, 4749-4850, 4880-4886, 4901-4909)

1.4.d. W latach 2021-2024 (do 30 czerwca) zostało złożonych, na podstawie art. 153 ustawy o świadczeniach, łącznie 60 protestów - odpowiednio: siedem¹²⁸, 17¹²⁹, 32¹³⁰ i cztery¹³¹, uwzględniono odpowiednio: po jednym w latach 2021-2022 i 2024 r. oraz

¹¹⁷ Pięć umów w 2021 r., cztery umowy w 2022 r., dwie umowy w 2023 r. i dwie umowy w 2024 r.

¹¹⁸ Po dwie umowy w latach 2021-2024.

¹¹⁹ Po dwie umowy w latach 2023-2024.

¹²⁰ Dwie umowy w 2022 r. i jedna umowa w 2023 r.

¹²¹ Jedna umowa w 2024 r.

¹²² 1. Umowa nr 150012152/0113/0001/0/21/NN o udzielanie świadczeń gwarantowanych w rodzaju POZ, z 26 stycznia 2021 r. 2. Umowa nr 150012158/0113/0012/0/21/NN o udzielanie świadczeń gwarantowanych w rodzaju POZ, z 26 stycznia 2021 r. 3. Umowa nr 150012160/0113/0013/0/21/NN o udzielanie świadczeń gwarantowanych w rodzaju POZ, z 29 stycznia 2021 r.

¹²³ 1. Umowa nr 150012295/0113/0006/0/22/NN o udzielanie świadczeń gwarantowanych w rodzaju POZ, z 13 stycznia 2022 r. 2. Umowa nr 150012292/0113/0008/1/22/NN o udzielanie świadczeń gwarantowanych w rodzaju POZ, z 4 stycznia 2022 r.

¹²⁴ Przeprowadzono dwie weryfikacje jednego świadczeniodawcy 3 września 2024 r. i 23 września 2024 r. oraz jedną weryfikację drugiego świadczeniodawcy 13 września 2024 r.

¹²⁵ Ds. Ekonomiczno-Finansowych.

¹²⁶ 1. Umowa nr 150012152/0113/0001/0/21/NN z 26 stycznia 2021 r., została rozwiązana aneksem z 22 lutego 2023 r.

2. Umowa nr 150012158/0113/0012/0/21/NN z 26 stycznia 2021 r., została rozwiązana aneksem z 12 września 2022 r.

3. Umowa nr 150012160/0113/0013/0/21/NN z 29 stycznia 2021 r., została rozwiązana aneksem z 29 grudnia 2023 r.

¹²⁷ Nr 150012292/0113/0008/1/22/NN.

¹²⁸ 6 w AOS (0 uwzględnionych), 1 w PSY (uwzględniony).

¹²⁹ 2 w AOS (1 uwzględniony), 1 w PSZ (nieuwzględniony), 2 w REH (0 uwzględnionych), 11 w OPH (0 uwzględnionych), 1 w PRO (nieuwzględniony).

¹³⁰ 4 w AOS (1 uwzględniony), 1 w PSZ (uwzględniony), 21 w PSY (5 uwzględnionych), 4 w REH (1 uwzględniony), 1 w OPD (nieuwzględniony), 1 w SOK (nieuwzględniony).

¹³¹ 1 w SZP (nieuwzględniony), 1 w PSY (nieuwzględniony), 1 w OPD (uwzględniony), 1 w PRO (nieuwzględniony).

osiem w 2023 r. Protesty zostały uznane za zasadne m.in. z następujących powodów: udokumentowanie: posiadanych umów z podwykonawcami (wcześniej nieuwzględnionych), niezbędnego oprogramowania, koniecznego doświadczenia w pracy środowiskowej, tytułu prawnego do lokalu, kwestii zachowania ciągłości procesów terapeutycznych pacjentów, dostępności do toalety dla osób niepełnosprawnych.

(akta kontroli str. 1603, 4886-4900)

W latach 2021-2023 (do 30 czerwca) zostało złożonych w trybie art. 154 ustawy o świadczeniach, łącznie 13 odwołań – odpowiednio dwa w 2021 r., dziewięć w 2022 r. i dwa w 2023 r. w następujących rodzajach świadczeń: cztery w OPH, po trzy w AOS i w SOK, dwa w PSY i jedno w SZP; wszystkie odwołania oddalono.

(akta kontroli str. 1606)

1.5. Na podstawie art. 156 ust. 1a ustawy o świadczeniach, w 2021 r. i 2022 r. nie przedłużono żadnej umowy w 15 rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej, w 2023 r. przedłużono łącznie 195 umów¹³², w sześciu rodzajach świadczeń: PSY (150), AOS (32), PDT (siedem), POZ (trzy), SOK (dwie) i SZP (jedna) a w 2024 r. przedłużono łącznie 1 098 umów¹³³ w dziewięciu rodzajach świadczeń: STM (516), REH (234), PSY (171), OPD (104), SZP (45), AOS (16), PDT (siedem), POZ (trzy) i SOK (dwie).

(akta kontroli str. 6178-6190)

Na podstawie szczegółowej analizy dwóch rodzajów świadczeń: AOS i STM ustalono, że żadna z umów zawartych po 1 stycznia 2021 r. nie została zawarta na okres dłuższy niż 5 lat. Wśród umów obowiązujących w latach 2021-2024 (do 30 czerwca), w AOS przedłużono 32 umowy w 2023 r. i 16 umów w 2024 r. Spośród 32 umów obowiązujących pierwotnie do 30 września 2023 r., 16 przedłużono dwukrotnie, z czego 13 na łączny okres trwania umowy powyżej 5 lat oraz 16 jednokrotnie, w tym 12 na łączny okres trwania umowy również powyżej 5 lat. Każdorazowo okres przedłużenia wynosił sześć miesięcy¹³⁴. Natomiast w STM przedłużono łącznie 516 umów w 2024 r. W przypadku objętych badaniem ośmiu umów w STM pierwotnie obowiązujących do 30 czerwca 2022 r., zostały one najpierw przedłużone dwukrotnie, każdorazowo na okres jednego roku na podstawie 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-19¹³⁵, a następnie zostały przedłużone na podstawie art. 156 ust. 1a jednokrotnie¹³⁶, każdorazowo na sześć miesięcy. Wszystkie umowy przedłużono na łączny okres trwania umowy powyżej pięciu lat¹³⁷.

(akta kontroli str. 4880-4886, , 1464-1581, 6168-6177, 6178-6190)

Zgodnie z art. 156 ust. 1a ustawy o świadczeniach, 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. W przypadku wskazanych wyżej umów zawartych w AOS, 16 zostało przedłużonych w latach objętych kontrolą, wbrew art. 156 ust. 1a ustawy o świadczeniach na okres 12 miesięcy, co opisano w sekcji stwierdzone nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 1796-1800, 1464-1471, 1488-1502, 6178-6193, 6909-6972)

¹³² W tym 19 zawartych po 1 stycznia 2021 r.

¹³³ W tym 75 zawartych po 1 stycznia 2021 r.

¹³⁴ Pierwsze przedłużenie do 31 marca 2024 r., drugie do 30 września 2024 r.

¹³⁵ Dz. U. z 2024 r. poz. 340, ze zm., dalej: ustawa covidowa.

¹³⁶ Wszystkie umowy przedłużono do 31 grudnia 2024 r.

¹³⁷ W przypadku czterech umów łączny okres trwania umowy przekroczył pięć lat ze względu na wcześniejsze przedłużenie umowy na podstawie ustawy covidowej.

W 2023 r. przedłużono¹³⁸ w AOS 32 umowy (typ umowy ASDK¹³⁹), w tym 13 w zakresie badań endoskopowych przewodu pokarmowego¹⁴⁰, na udzielenie których ogłoszono postępowania konkursowe. Ogłoszono 21 postępowań konkursowych głównych¹⁴¹ na 36 umów oraz trzy postępowania uzupełniające¹⁴² na cztery umowy. Zawarto ze świadczeniodawcami 17 umów¹⁴³. Na pozostałe zakresy w AOS dot. 16 umów ASDK (badania tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego) oraz 516 umów w rodzaju STM w latach 2023-2024 nie przeprowadzono postępowań konkursowych, o których mowa w art. 156 ust. 1e¹⁴⁴.

(akta kontroli str. 1796-1800, 4880-4886, 4901-4909, 6168-6177, 6178-6193) P.o. Zastępca Dyrektora¹⁴⁵ wyjaśniła, że odstąpienie od przeprowadzenia postępowań konkursowych w rodzaju AOS - ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne (ASDK) uzasadniały w szczególności następujące przesłanki:

- w związku z rekomendowanymi w WPT działaniami w celu zmiany miejsca wykonywania badań tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego z zakresów w rodzaju leczenie szpitalne (krótkie pobyty diagnostyczne) do AOS, w kontekście wpływających wniosków o wydanie opinii o celowości inwestycji¹⁴⁶, w celu optymalnego wykorzystania posiadanego przez podmioty lecznicze sprzętu, istniała potrzeba szczegółowej oceny oferowanych zasobów, co wymagało dodatkowego czasu

- zaobserwowany po I i II kwartale 2023 r. poziom realizacji umów w zakresie AOS, w tym diagnostyki kosztochłonnej, w kontekście nielimitowanego charakteru tych świadczeń, spowodował wzrost wydatków na ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne. W celu właściwego oszacowania zapotrzebowania na ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne konieczne było dalsze monitorowanie poziomu realizacji umów ASDK

- biorąc pod uwagę czas oraz zasoby kadrowe niezbędne do procedowania konkursu ofert, także uwzględniając toczące się wówczas postępowania uzupełniające (Centrum Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży - II poziom referencyjny, świadczenia w psychiatrii sądowej w warunkach podstawowego zabezpieczenia, ambulatoryjna opieka specjalistyczna) nie było możliwe skuteczne przeprowadzenie postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w omawianym rodzaju świadczeń.

Natomiast odstąpienie od przeprowadzenia postępowań konkursowych w rodzaju STM uzasadniały w szczególności następujące przesłanki:

- rekomendowane przez przedstawicieli Komisji Stomatologicznej Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej¹⁴⁷ na temat ogłoszenia planowanych postępowań stanowisko, iż w sytuacji rezygnacji lekarzy dentystów ze współpracy z NFZ i wieku lekarzy) zasadne jest odstąpienie od przeprowadzenia konkursów

¹³⁸ Do 31 marca 2024 r.

¹³⁹ ASDK - ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne.

¹⁴⁰ Gastroskopia i kolonoskopia.

¹⁴¹ W celu zawarcia umów od 1 kwietnia 2024 r.

¹⁴² W celu zawarcia umów od 9 maja 2024 r.

¹⁴³ 13 umów ze świadczeniodawcami posiadającymi wcześniej umowy w przedmiotowych zakresach oraz cztery umowy ze świadczeniodawcami, którzy nie posiadali wcześniej umów w tych zakresach. Zawarte umowy obejmowały gastroskopię lub kolonoskopię lub gastroskopię i kolonoskopię.

¹⁴⁴ Zgodnie z art. 156 ust. 1e ustawy o świadczeniach, Prezes Funduszu jest obowiązany niezwłocznie przeprowadzić postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie świadczeń objętych umową, której okres obowiązywania został przedłużony na podstawie ust. 1a i 1b, w przypadku gdy takie postępowanie nie zostało wszczęte albo zakończone.

¹⁴⁵ Ds. Ekonomiczno-Finansowych.

¹⁴⁶ Zgodnie z art. 95d ustawy o świadczeniach.

¹⁴⁷ Spotkanie odbyło się 12 marca 2024 r. w siedzibie WOW NFZ w Poznaniu.

- analiza danych dot. wieku lekarzy stomatologów wskazywała na znaczny udział lekarzy w wieku powyżej 60 r.ż. w potencjale świadczeniodawców¹⁴⁸, co stwarzało duże prawdopodobieństwo, że część lekarzy nie przystąpi do nowych umów

- liczba umów obowiązujących w latach 2017-2024 (I kwartał) wskazywała na znaczący spadek liczby podmiotów realizujących świadczenia (wypowiadanie umów przez świadczeniodawców), w szczególności w zakresie świadczenia ogólnostomatologiczne¹⁴⁹, co oznaczało, że środki finansowe zaangażowane w obowiązujących umowach były niższe niż środki, które należałoby przeznaczyć na przeprowadzenie postępowań konkursowych, na zapewnienie równego dostępu do świadczeń stomatologicznych uwzględniając wielkość populacji na obszarze. Biorąc pod uwagę możliwości finansowe Oddziału¹⁵⁰, wynikające m.in. ze zwiększenia ceny jednostki rozliczeniowej na podstawie rekomendacji Prezesa AOTMiT, nie było wówczas możliwe zagwarantowanie odpowiedniej wartości zamówienia uwzględniającej liczbę umów i obszary kontraktowania. Zachodziło prawdopodobieństwo, że na część obszarów nie wpłynie wystarczająca liczba ofert, a zatem brak możliwości podjęcia skutecznych działań w zakresie wyłonienia nowych realizatorów świadczeń opieki zdrowotnej.

(akta kontroli str. 4901-4909)

Przed przedłużaniem umów w AOS oraz STM, Oddział analizował dostępność do świadczeń w tych zakresach¹⁵¹ i brał pod uwagę ryzyko braku zabezpieczenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Stanowisko w sprawie konieczności przedłużania umów celem zapewnienia ciągłości i dostępności do świadczeń w AOS i STM oraz akceptację odstąpienia od postępowań konkursowych wyrazili zastępcy Dyrektora ds. Medycznych i ds. Ekonomiczno-Finansowych, co zaakceptował Dyrektor Oddziału¹⁵².

(akta kontroli str. 4880-4886, 4880-4886, 1623-1627, 1672-1681, 1757-1765, 5284-5292)

W latach 2021-2024 (do 30 czerwca), nie dokonywano zmiany umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie art. 156 ust. 1b ustawy o świadczeniach.

(akta kontroli str. 4880-4886)

1.6. W latach 2021-2024 w WOW NFZ przeprowadzono jedno dodatkowe postępowanie w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹⁵³,

¹⁴⁸ Udział lekarzy dentystów w wieku powyżej 60 r.ż. w zakresach: świadczenia ogólnostomatologiczne, świadczenia protetyki stomatologicznej i świadczenia ortodoncji dla dzieci i młodzieży, wynosił odpowiednio: 30,3%, 44,4% i 45%.

¹⁴⁹ Łączna liczba umów w zakresie świadczenia ogólnostomatologiczne w subregionach: kaliskim, konińskim, leszczyńskim, pilskim i poznańskim, spadła z 718 (w 2017 r.) do 426 (w 2024 r.) – o 41%.

¹⁵⁰ Wielkość planu finansowego - pozycja B.8.

¹⁵¹ W AOS w zakresach: ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne; w STM w zakresach: św. ortodoncji dla dzieci i młodzieży, św. protetyki stomatologicznej, św. protetyki stomatologicznej dla świadczeniobiorców po chirurgicznym leczeniu nowotworów w obrębie twarzoczaszki, św. ogólnostom., św. ogólnostom. udzielane w znieczuleniu ogólnym, św. chirurgii stomatologicznej i periodontologii, św. ogólnostom. dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 r. ż., św. periodontologii, św. stomatologiczne dla świadczeniobiorców z grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych, w tym chorych na aids, św. ogólnostom. udzielane uczniom, św. ogólnostom. udzielane uczniom do 18 roku życia, św. ogólnostom. udzielane w gabinecie szkolnym, program ortodontycznej opieki nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki, św. stomatologicznej pomocy doraźnej.

¹⁵² W pismach: z 9 sierpnia 2023 r., nr NFZ15-DKOS.413.11.2023 (dot. zakresów AOS), z 25 stycznia 2024 r., nr NFZ15-DKOS.413.1.2024 (dot. zakresów AOS) oraz z 29 kwietnia 2024 r., nr NFZ15-WSOZ-SSP.413.2.64.2024 (dot. zakresów STM).

¹⁵³ Stosownie do art. 161b uośoz, w przypadku gdy w wyniku przeprowadzonego postępowania w trybie konkursu ofert zostaną zawarte na rok następny umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej powodujące zmniejszenie, na terenie oddziału wojewódzkiego Funduszu, dostępu do świadczeń gwarantowanych w danym zakresie w stosunku do roku bieżącego, Prezes Funduszu może przeprowadzić dodatkowe postępowanie w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

które wszczęto z inicjatywy Oddziału 14 września 2022 r.¹⁵⁴, w związku z koniecznością zabezpieczenia dostępu do świadczeń w rodzaju OPH w zakresie perinatalna opieka paliatywna na obszarze województwa wielkopolskiego, i z uwagi na upływ 30 września 2022 r. okresu obowiązywania uprzednio zawartej umowy. Postępowanie konkursowe (ogłoszone 19 maja 2022 r.), w toku którego wpłynęła tylko jedna oferta, zostało unieważnione 8 lipca 2022 r. z powodu jej odrzucenia¹⁵⁵. Oferent został wybrany w wyniku przeprowadzonego postępowania dodatkowego, a umowę z nim zawarto na okres nie przekraczający jednego roku, ustalając cenę jednostek rozliczeniowych odpowiednio niższą, z uwzględnieniem zakresu niedostosowania świadczeniodawcy do określonych warunków. W wyjaśnieniach Dyrektor WOW NFZ wskazała na brak zainteresowania innych podmiotów realizacją przedmiotowych usług w zakresie świadczeń perinatalnej opieki paliatywnej zarówno w 2022 r., jak i w latach następnych.

(akta kontroli str. 330-353, 557, 558, 562-566)

1.7. Liczbę postępowań konkursowych i rokowań przeprowadzanych w Oddziale ogółem na podstawie przepisu art. 139 ustawy o świadczeniach, opisano w punkcie 1.4 niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

W okresie objętym kontrolą w zakresie postępowań konkursowych obowiązywała *Procedura konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach*¹⁵⁶. Od jej stosowania odstąpiono 10 razy: w jednym przypadku w stosunku do świadczeń w rodzaju RTM i jeden raz w POZ w zakresie opieki nocnej i świątecznej; w obu przypadkach w części dotyczącej przeprowadzenia weryfikacji¹⁵⁷. W 2022 r. miały miejsce trzy przypadki odstąpienia od procedury w zakresie weryfikacji oferentów (ogłędzin pomieszczeń oraz urządzeń i aparatury medycznej)¹⁵⁸ w rodzaju AOS. Od stosowania procedury w zakresie przeprowadzenia weryfikacji oferentów w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie ze stanem faktycznym¹⁵⁹ w rodzaju OPH odstąpiono w dwóch przypadkach, a w PSY w trzech przypadkach.

Zgodnie z *Procedurą konkursów i rokowań* o każdym przypadku odstąpienia od jej stosowania należało poinformować dyrektora Oddziału, a Dyrektor Oddziału winien poinformować Prezesa NFZ¹⁶⁰. O odstąpieniu od procedury konkursów i rokowań informowano w pięciu przypadkach (postępowania w rodzaju PSY i OPH). W pięciu przypadkach komisje konkursowe nie informowały Dyrektora o odstąpieniu od

¹⁵⁴ Na wniosek Naczelnik Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej sporządzony na podstawie planu postępowań na rok 2022 dla obszaru województwa wielkopolskiego. W ogłoszeniu podano wartość umowy wynoszącą nie więcej niż 36,6 tys. zł na okres rozliczeniowy od 24 października do 31 grudnia 2022 r., z okresem obowiązywania umowy od 24 października 2022 r. do 30 września 2023 r.

¹⁵⁵ ze względu na niespełnienie wymaganych warunków dotyczących personelu medycznego tj. lekarza spełniającego łącznie wszystkie wymagane warunki: lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii lub neonatologii, lub perinatologii, lub neurologii dziecięcej, lub onkologii i hematologii dziecięcej, lub anestezjologii, lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii, lub chirurgii dziecięcej, lub medycyny paliatywnej, lub medycyny rodzinnej, posiadający udokumentowany co najmniej dwuletni staż pracy w opiece paliatywnej oraz co najmniej roczny staż pracy w ośrodku zajmującym się perinatalną opieką paliatywną.

¹⁵⁶ Wprowadzona na podstawie pisma Prezesa NFZ o sygn. DSOZ-SSZS.401.1.2020, 2020.5958.GPO, dalej : *Procedura konkursów i rokowań*

¹⁵⁷ W przypadku ratownictwa medycznego wszyscy świadczeniodawcy realizując świadczenia zachowali ciągłość tj. realizowali w ramach dwóch rejonów operacyjnych zgodnie z Wojewódzkim Planem działania systemu państwowe ratownictwo medyczne; w POZ świadczeniodawca realizował świadczenia w kontraktowanym zakresie, ale w innym miejscu udzielania świadczeń, z uwagi na ograniczony czas prowadzonego postępowania, wizytacja została przeprowadzona w terminie 3 miesięcy od dnia rozpoczęcia udzielania świadczeń

¹⁵⁸ Weryfikacje oferentów, z którymi zawarto umowę w zakresie świadczeń stanowiących przedmiot ww. postępowań konkursowych, przeprowadzono w terminie 3 miesięcy od dnia rozpoczęcia realizacji umowy.

¹⁵⁹ postępowania konkursowe nr 15-21-000018/PSY/04/1/04.9901.400.03/01, nr 15-21-000021/PSY/04/1/04.9901.400.03/01, nr 15-21-000006/OPH/15/1/15.1180.007.02/01, nr 15-21-000008/OPH/15/1/15.4180.021.02/01, 15-22-000120/PSY/04/1/04.1700.001.02/01

¹⁶⁰ Wg wzoru stanowiącego załącznik nr 54 Procedury konkursów i rokowań

procedury, informacji nie wysyłano również do Prezesa NFZ, co opisano w sekcji *stwierdzone nieprawidłowości* niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

(akta kontroli str. 5410-5445)

Analiza 11 postępowań konkursowych i jednego postępowania w trybie rokowań wybranych z rodzajów: AOS, REH i OPH¹⁶¹ w latach 2021-2024 wykazała, że:

- zgodnie z przepisem § 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 pracy¹⁶² wszystkie ogłoszenia o postępowaniach zamieszczano na stronie internetowej Oddziału,
- osiem ogłoszeń zawierało dane określone w § 3 ust. 2 wymienionego rozporządzenia, w przypadku czterech postępowań¹⁶³ w ogłoszeniach nie podano adresu poczty elektronicznej, co opisano w sekcji *stwierdzone nieprawidłowości* niniejszego wystąpienia pokontrolnego,
- zgodnie z przepisem § 6 ust. 1 rozporządzenia w sprawie postępowań komisje konkursowe powołał dyrektor Oddziału¹⁶⁴ wskazując właściwość rzeczową; liczba osób w składzie każdej komisji była nieparzysta,
- zgodnie z zapisem § 6 ust. 2 zd. drugie rozporządzenia, w składzie wszystkich komisji zapewniono udział osoby posiadającej tytuł zawodowy magistra w dziedzinie nauk medycznych lub nauk o zdrowiu; w składzie ośmiu komisji zapewniono również udział osoby z wykształceniem wyższym i tytułem zawodowym magistra w zakresie prawa lub ekonomii i finansów,
- każdy z członków komisji konkursowych złożył oświadczenie, zgodnie z art. 139 ust. 6 ustawy o świadczeniach, o treści odpowiadającej jej art. 139 ust. 5,
- w aktach wszystkich postępowań zamieszczono dokumenty dotyczące prac komisji konkursowych (zgodnie z dyspozycją na str. 37 procedury konkursów i rokowań),
- wartości punktowe ofert w zakresie jakości, kompleksowości, dostępności i ciągłości objętych kontrolą pięciu oferentów objętych szczegółową analizą zostały wyliczone zgodnie z przepisami z załączników nr 2, nr 5 i nr 11¹⁶⁵ 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 zdrowotnej¹⁶⁶,
- zespoły do przeprowadzenia weryfikacji, zgodnie z przepisem § 17 ust. 4 w zw. z ust. 2 rozporządzenia w sprawie postępowań, przeprowadziły weryfikacje potencjału u wszystkich 12 oferentów¹⁶⁷, którzy nie mieli wcześniej zawartych umów na dany rodzaj świadczeń,
- z badania protokołów negocjacji z łącznie 25 oferentami wynika, że w jednym przypadku w toku negocjacji zwiększono liczbę jednostek rozliczeniowych¹⁶⁸, w jednym przypadku zmniejszono cenę jednostki rozliczeniowej¹⁶⁹, w dwóch przypadkach liczba jednostek i wartość jednostek pozostały na poziomie proponowanym przez oferentów, w pozostałych 21 przypadkach w toku negocjacji

¹⁶¹ w tym cztery w rodzaju AOS, pięć w rodzaju OPH i trzy w rodzaju REH, wybranych do kontroli

¹⁶² Dz. U. poz. 1858, dalej rozporządzenie w sprawie postępowań konkursowych

¹⁶³ 15-21-000082/OPH, 15-22-000170/OPH, 15-22-000172/OPH i 15-22-000204/OPH

¹⁶⁴ W jednym przypadku była to osoba upoważniona przez dyrektora Oddziału

¹⁶⁵ Odpowiednio jedna oferta w postępowaniu dla AOS, trzy dla REH i dwie dla OPH

¹⁶⁶ Dz. U. poz. 1372 ze zm., dalej rozporządzenie w sprawie kryteriów

¹⁶⁷ U trzech w rodzaju OPH (postępowania nr 172 i 186 w rodzaju OPH), u dwóch w rodzaju REH (postępowania 19 i 21), u siedmiu w rodzaju AOS (postępowania 60, 64 i 148), spośród objętych szczegółowym badaniem 26 oferentów

¹⁶⁸ postępowanie 15-000021/REH/15/1/15.2181.027.02/01

¹⁶⁹ postępowanie 15-000021/REH/15/1/15.2181.027.02/01

zmniejszono liczbę jednostek rozliczeniowych. W przypadkach objętych badaniem zmniejszenie liczby jednostek rozliczeniowych miało związek z pozycją oferenta na liście rankingowej, wynikającą z sumy wartości punktowych w protokole negocjacji¹⁷⁰. W badanej próbie nie miały miejsca przypadki redukcji liczby jednostek rozliczeniowych u niektórych oferentów, przy niezmienionej liczbie jednostek dla innych oferentów.

(akta kontroli str. 5447-5524)

W Oddziale nie określono w sposób formalny podziału środków pomiędzy oferentami w postępowaniach konkursowych. W tym zakresie Dyrektor Oddziału podała *w procedurze konkursu ofert i rokowań¹⁷¹ określono sposób postępowania w sytuacji, gdy łączna wartość złożonych ofert przewyższa planowane środki. Komisja dokonuje wyboru oferentów zgodnie z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym do wyczerpania łącznie liczby planowanych świadczeń lub wartości zamówienia oraz maksymalnej liczby umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z ogłoszenia. Uzasadnienie propozycji odbiegających od propozycji ofertowej zawiera ranking kwalifikacyjny z propozycjami Funduszu. Weryfikacja liczby świadczeń dokonywana jest w zależności od specyfiki świadczeń, w szczególności o dane dotyczące realizacji umowy w poprzednim okresie rozliczeniowym, dokonywanych przesunięć środków finansowych pomiędzy zakresami i rodzajami świadczeń; bierze się pod uwagę strukturę i zasoby świadczeniodawcy do wykonania oferowanej liczby świadczeń.*

(akta kontroli str. 4683, 4720-4723)

Liczbę zgłoszonych protestów i odwołań ogółem wniesionych do Oddziału w okresie objętym kontrolą opisano w punkcie 1.4 niniejszego wystąpienia pokontrolnego. W 12 postępowaniach na udzielanie świadczeń w rodzajach AOS, REH i OPH objętych szczegółową analizą złożono łącznie siedem odwołań, jedno w 2021 r., sześć w 2022 r.¹⁷², cztery objęte analizą zostały rozpatrzone w terminie wynikającym z art. 154 ust. 2 ustawy o świadczeniach. W postępowaniach objętych szczegółowym badaniem złożono łącznie dziesięć protestów¹⁷³, jeden protest został uwzględniony. W każdym przypadku protesty zostały rozstrzygnięte i uzasadnione w ciągu siedmiu dni, zgodnie z przepisem art. 153 ust. 3 ustawy o świadczeniach. W pięciu przypadkach zarządzeniem Dyrektora Oddziału zmieniono termin zakończenia postępowania z uwagi na konieczność rozstrzygnięcia protestu. Informacje o wpływie protestów i odwołań oraz o sposobie ich rozstrzygnięcia były terminowo zamieszczone na stronie internetowej Oddziału.

(akta kontroli str. 5520-5524)

1.8. Zgodnie z art. 139a uośoz, obowiązującym od 1 stycznia 2021 r., w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które mają być wykonywane z wykorzystaniem inwestycji, w przypadku której wydaje się opinię o celowości inwestycji (o której mowa w art. 95d ust. 1 uośoz), może wziąć udział wyłącznie świadczeniodawca, który zrealizował tę inwestycję na podstawie pozytywnej opinii. W przypadku braku takiej opinii świadczeniodawca może wziąć udział w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej po upływie 5 lat od dnia, w którym została wydana decyzja o pozwoleniu na użytkowanie. Stosownie do art. 149 ust. 1 pkt 9 uośoz, odrzuca się ofertę jeżeli świadczeniodawca nie posiada pozytywnej opinii o celowości inwestycji. Analogicznie

¹⁷⁰ zgodnie z art. 148 ustawy o świadczeniach na sumę składały się kolejno liczba punktów za: cenę, jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość i inne

¹⁷¹ Wprowadzona na podstawie pisma DSOZ-SSZS.401.1.2020, 2020.5958.GPO

¹⁷² W 2021 r. w postępowaniach (o udzielenie świadczeń w rodzaju AOS) nr 60, w 2022 r. (o udzielenie świadczeń w rodzaju OPH) nr 170, 172 i 204

¹⁷³ W czego cztery w postępowaniach o świadczenia w rodzaju AOS, cztery w postępowaniach o świadczenia w rodzaju OPH i dwa w postępowaniach o świadczenia w rodzaju REH; w 2021 r. dwa, w 2022 r. pięć, w 2023 r. trzy protesty.

przepis art. 136 ust. 2 pkt 3 uośoz stanowi, że w sytuacji braku pozytywnej opinii, o której mowa w art. 139a, przed upływem 5 lat od dnia, w którym została wydana decyzja o pozwoleniu na użytkowanie, nie może zostać zwiększona kwota zobowiązania wobec świadczeniodawcy w zawartej umowie z NFZ na udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z wykorzystaniem inwestycji. W przypadku inwestycji, w odniesieniu do której nie jest wymagane uzyskanie pozwolenia na użytkowanie, upływ ww. pięcioletniego terminu liczy się od dnia przystąpienia do użytkowania tej inwestycji (regulacja ta obowiązuje od 9 grudnia 2021 r.).

W związku z wprowadzeniem ww. unormowań, procedura konkursu ofert, obowiązująca w NFZ od 2020 r., nie została zaktualizowana o obowiązek weryfikacji posiadania opinii o celowości inwestycji przez oferenta. W Oddziale nie opracowano regulacji wewnętrznych dotyczących takiej weryfikacji.

(akta kontroli str. 733-742, 743-757, 5295-5406)

Z Centrali NFZ przekazane zostało do Oddziału pismo z 28 maja 2021 r. będące odpowiedzią na osiem pytań dotyczących weryfikacji posiadania przez oferenta opinii o celowości inwestycji skierowanych do Centrali przez Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ (przekazane do wiadomości wszystkich oddziałów wojewódzkich NFZ)¹⁷⁴. Pytania te i zalecenia dotyczyły m.in.:

- podania sposobu w jaki komisja konkursowa ma weryfikować (ustalać) wystąpienie okoliczności wskazujących na zasadność odrzucenia oferty. Centrala NFZ zaleciła, aby nałożyć na świadczeniodawców biorących udział w postępowaniach w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obowiązek dołączania do składanej oferty oświadczeń stwierdzających, iż w okresie, o którym mowa w art. 139a uośoz (tj. 5 lat), oferent nie zrealizował w zakresie objętym ofertą inwestycji spełniające warunki w art. 95d ust.1 uośoz. Oświadczenie to dawałoby komisji konkursowej podstawę do weryfikacji jego prawdziwości w oparciu o § 17 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2020 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹⁷⁵,

- konieczności ustalania wartości kosztorysowej inwestycji w kontekście wskazanego w ustawie progu 2 mln zł oraz faktu posiadania opinii o celowości inwestycji przy rozpatrywaniu oferty konkursowej w odniesieniu do wszystkich jednostek lub komórek organizacyjnych, w tym np. poradni logopedycznej czy poradni zdrowia psychicznego, zarejestrowanych od dnia 29 czerwca 2016 r., tj. daty, od której istniała konieczność posiadania opinii o celowości inwestycji. Centrala NFZ zaleciła, aby przy rozpatrywaniu oferty konkursowej ustalenia wartości kosztorysowej dokonywano w przypadku poradni zarejestrowanych po 31 grudnia 2020 r.,

- wskazania przez Centralę NFZ, że art. 139a uośoz wszedł w życie od 1 stycznia 2021 r. i stosuje się go do opinii wydanych po 31 grudnia 2021 r.,

- konieczności wymagania od oferenta przedstawienia opinii o celowości inwestycji lub decyzji o pozwoleniu na użytkowanie w sytuacji, gdy dla celów realizacji danej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej będącej przedmiotem postępowania o zawarcie umowy będzie wykorzystany jedynie fragment inwestycji, którego wartość kosztorysowa jest niższa niż 2 mln zł, a wartość kosztorysowa całej inwestycji przekracza 2 mln zł. Centrala NFZ wyjaśniła, iż przesłanki określone w art. 95d ust. 1 uośoz nie przewidują możliwości dzielenia wartości kosztorysowej inwestycji na poszczególne świadczenia gwarantowane czy rodzaj świadczeń. Ponadto, w celu wyjaśnienia wątpliwości w przypadku inwestycji przekraczających 2 mln zł, którą podmiot leczniczy zamierza ponieść w celu realizacji różnych zakresów

¹⁷⁴ Pismo nr DSOZ-SOPS.401.169.2021.2021.156684.ELKI.

¹⁷⁵ Dz. U. poz. 1858.

świadczeń, winien złożyć stosowny wniosek o opinii o celowości inwestycji, który może zostać odrzucony jako niespełniający warunków formalnych.

(akta kontroli str. 557-559, 565, 566, 743-749)

W piśmie WOW NFZ z 6 lutego 2023 r. skierowanym do Centrali NFZ¹⁷⁶, a stanowiącym zapytanie o możliwość rozliczenia świadczeń zrealizowanych przez szpital w 2022 r.¹⁷⁷, pomimo niezachowania formalnych wymogów (brak informacji świadczeniodawcy o gotowości i terminie do udzielania przedmiotowych świadczeń oraz tym samym brak oceny przez Oddział spełnienia warunków realizacji przedmiotowych zabiegów z zastosowaniem systemu robotowego), wyrażona została wątpliwość co do formalnych podstaw wymagania i wyciągania ewentualnych konsekwencji prawnych wobec świadczeniodawcy, który w trakcie realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej rozpoczął udzielanie świadczeń z wykorzystaniem inwestycji, w przypadku której wydaje się opinię o celowości inwestycji i takiej opinii nie posiada, pomimo, że jest ona wymagana. Zauważono m.in., że: „aktualne brzmienie obowiązujących przepisów różnicuje sytuację świadczeniodawców w taki sposób, że wobec tych przystępujących do postępowań w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, która ma być wykonywana z wykorzystaniem inwestycji, w przypadku której wydaje się opinię, o której mowa w art. 95d ust. 1 uośoz, a jej nie posiadają (z wyjątkiem sytuacji, kiedy zwolnieni byli z jej posiadania na mocy przepisów odrębnych) przewidują skutek prawny w postaci niemożności wzięcia udziału w postępowaniu (oferta podlega odrzuceniu), a wobec tych, którzy realizują już umowę o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej z wykorzystaniem tej samej inwestycji, w przypadku której wydaje się przedmiotową opinię, a jej nie posiadają, nie przewidują żadnej sankcji. Oddział Funduszu dostrzega w tym zakresie lukę prawną, której wystąpienie pozwala niejako ominąć przepisy dotyczące konieczności uzyskania pozytywnej opinii IOWISZ w sytuacjach przewidzianych w art. 95d ust. 1 uośoz. W związku z powyższym zwracamy się z prośbą o rozważenie przekazania ustawodawcy zaistniałego problemu prawnego wraz z postulatem wprowadzenia odpowiednich zmian legislacyjnych.”.

Odnosnie przedstawionych wątpliwości Oddziału co do opinii o celowości inwestycji w przedmiotowej sprawie, Centrala NFZ w odpowiedzi wskazała jedynie: „Kwestia posiadania opinii o celowości inwestycji, o której mowa w art. 95d ust. 1 pozostaje bez wpływu dla rozpoznania przedmiotowej sprawy”¹⁷⁸.

(akta kontroli str. 557-559, 565, 566, 750-757)

Prezes NFZ zarządził¹⁷⁹, aby od 22 maja 2024 r. w postępowaniu w sprawie zawarcia umów, oferent złożył m.in. kopię pozytywnej opinii o celowości inwestycji, a także oświadczenie odnosnie: zajścia (lub nie) okoliczności związanych z koniecznością wydania opinii o celowości inwestycji albo nieposiadania tej opinii oraz upływu 5 lat od dnia, w którym została wydana decyzja o pozwoleniu na użytkowanie inwestycji lub od przystąpienia do użytkowania inwestycji.

(akta kontroli str. zarz. 733-742)

W wyniku badania dotyczącego weryfikowania w Oddziale posiadania przez oferenta pozytywnej opinii o celowości inwestycji na etapie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz przy zwiększaniu kwoty zobowiązania, stwierdzono, że:

¹⁷⁶ Pismo nr WSOZ-SSSZ.424.1.8.2020 SZP.62.5.BU.2022.

¹⁷⁷ Leczenie chirurgiczne nowotworu złośliwego gruczołu krokowego z zastosowaniem systemu robotowego.

¹⁷⁸ Pismo nr NFZ-DSOZ-WLS.4012.38.2023 2023.54526.MP z 14 lutego 2023 r.

¹⁷⁹ Zarządzenie nr 51/2024/DSOZ z 21 maja 2024 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Dalej: zarządzenie nr 51/2024/DSOZ.

- jeden oferent dołączył do oferty¹⁸⁰ oświadczenie z 5 października 2022 r. o realizacji w okresie po 31 grudnia 2020 r. inwestycji spełniającej warunki określone w art. 95d ust. 1 uośoz obejmującej swoim przedmiotem badania diagnostyczne przy użyciu rezonansu magnetycznego dla realizacji świadczeń w zakresie Perinatalnej Opieki Paliatywnej i załączył pozytywną opinię o celowości inwestycji z 20 marca 2020 r.,
- jeden oferent dołączył do oferty¹⁸¹ oświadczenie z 25 stycznia 2023 r., iż po 31 grudnia 2020 r. nie realizował inwestycji spełniającej warunki określone w art. 95d ust. 1 uośoz obejmującej swoim przedmiotem, choćby w części, inwestycję w zakresie objętym ofertą,
- jeden oferent dołączył do oferty¹⁸² oświadczenie z 26 stycznia 2023 r. o nie dysponowaniu pozytywną opinią o celowości inwestycji w przedmiocie zakupu aparatu rezonansu magnetycznego i zarejestrowania pracowni diagnostyki obrazowej na bazie wynajmowanego lokalu (15 kwietnia 2022 r. Wojewoda Wielkopolski wydał negatywną opinię o celowości inwestycji). Był to powód odrzucenia oferty,
- w trzech postępowaniach konkursowych¹⁸³ komisja wezwała¹⁸⁴ 9 marca, 22 czerwca i 21 grudnia 2022 r. oferenta do złożenia wyjaśnień poprzez złożenie oświadczenia czy w okresie po dniu 31 grudnia 2020 r. oferent realizował inwestycję spełniającą warunki określone w art. 95d ust. 1 uośoz obejmującą swoim przedmiotem, choćby w części inwestycję w zakresie objętym ofertą, a w przypadku udzielenia odpowiedzi twierdzącej, do przedłożenia opinii o celowości inwestycji, bądź wskazania okoliczności, które zwalniały oferenta z obowiązku uzyskania takiej opinii,
- w jednym postępowaniu konkursowym komisja wezwała oferenta 26 czerwca 2024 r. do usunięcia braków formalnych, w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty, poprzez złożenie pozytywnej opinii o celowości inwestycji lub w przypadku jej nie posiadania oświadczenia według wzoru stanowiącego załącznik nr 3 do zarządzenia nr 51/2024/DSOZ,
- przy zwiększaniu kwot zobowiązań w latach 2021-2024 (I połowa) w przypadku dwóch świadczeniodawców, spośród trzech, z którymi zawarto umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w 2018 r.¹⁸⁵, nie dokonano weryfikacji spełnienia

¹⁸⁰ Postępowanie dodatkowe, o którym mowa w art. 161b uośoz przeprowadzone w trybie konkursu ofert, nr 15-22-900341/OPH/15/1/15.2181.028.02/08 w sprawie zawarcia na okres od 24 października 2022 r. do 30 września 2023 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w zakresie perinatalna opieka paliatywna na obszarze województwa wielkopolskiego.

¹⁸¹ Postępowanie konkursowe nr 15-23-000088/AOS/02/3/02.7250.072.02/01 w sprawie zawarcia na okres od 15 marca 2023 r. do 30 września 2023 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna - ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne w zakresie: badania rezonansu magnetycznego (RM) na obszarze subregionu leszczyńskiego (z wyłączeniem powiatu m. Leszno i leszczyńskiego).

¹⁸² Postępowanie konkursowe nr 15-23-000088/AOS/02/3/02.7250.072.02/01 w sprawie zawarcia na okres od 1 listopada 2018 r. do 30 września 2023 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna - ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne w zakresie: badania rezonansu magnetycznego (RM) na obszarze powiatów: gostyńskiego, kościańskiego, leszczyńskiego, Leszno, rawickiego i wolsztyńskiego.

¹⁸³ Postępowania: nr 15-22-000064/AOS/02/1/02.1640.001.02/01 w sprawie zawarcia na okres od 1 maja 2022 r. do 31 grudnia 2024 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie urologii - utworzenie nowej komórki organizacyjnej Poradni Urologicznej dla dorosłych oraz nr 15-22-000215/REH/05/1/05.4300.300.02/01 i nr 15-23-000033/REH/05/1/05.4300.300.02/01 w sprawie zawarcia na okres odpowiednio od 1 sierpnia 2022 r. do 31 grudnia 2022 r. oraz od 1 marca 2023 r. do 28 lutego 2033 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresie: rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych wraz z zakresami skojarzonymi w 2022 r.

¹⁸⁴ Na podstawie § 17 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 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 oraz trybu pracy do złożenia wyjaśnień (Dz. U. poz. 1858).

¹⁸⁵ W wyniku postępowań konkursowych: nr 15-18-000496/AOS/02/3/02.7250.072.02/01 i nr 15-18-000498/AOS/02/3/02.7250.072.02/01 w sprawie zawarcia na okres od 1 listopada 2018 r. do 30 września 2023 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna - ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne w zakresie: badania rezonansu magnetycznego (RM) oraz nr 15-18-

przesłanek określonych w art. 136 ust. 2 pkt 3 ustawy o świadczeniach. Przy czym nie dokonywali oni zmian zasobów sprzętu, przy użyciu którego udzielali świadczeń badania rezonansu magnetycznego. Jeden świadczeniodawca dokonał natomiast zmiany w zakresie badania tomografu komputerowego, polegającej na wprowadzeniu dodatkowego tomografu w okresie od 24 lipca do 31 grudnia 2023 r.¹⁸⁶ i od 1 stycznia 2024 r. do 31 grudnia 2024 r.¹⁸⁷ i poinformował Oddział, że posiada pozytywną opinię o celowości inwestycji dotyczącą tego sprzętu.

(akta kontroli str. 332-334, 758-981, 6194-6196, 6236, 6417-6660, 6678-6696)

1.9. W okresie objętym kontrolą Oddział corocznie dokonywał oceny stanu zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych na terenie województwa wielkopolskiego. W planach zakupu świadczeń na lata 2021-2023 zamieszczano między innymi zestawienia liczby świadczeniodawców w podziale na rodzaje umów oraz powiat miejsca wykonywania usług. Analizy tych zestawień pozwalały na określenie powiatów bez dostępu do świadczeń w danym rodzaju. Ponadto, w celu określenia dostępności miejsc wykonywania usług w poszczególnych rodzajach świadczeń obliczano wskaźnik na 10 tys. ludności. Największa dostępność występowała w rodzaju POZ, a następnie AOS. Przedstawiono również ocenę dostępności¹⁸⁸ do świadczeń, w poszczególnych subregionach, dla wybranych – najistotniejszych – problemów zdrowotnych identyfikowanych w województwie wielkopolskim tj. choroby: układu krążenia, układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej, układu oddechowego, oka i przydatków oka, próchnica zębów, geriatryczne, zaburzenia psychiczne i leczenie uzależnień i nowotwory. W planie zakupu świadczeń na rok przedstawiono między innymi zabezpieczenie świadczeń, w poszczególnych subregionach województwa, zestawiając liczbę świadczeniodawców oraz liczbę miejsc wykonywania usług w 2023 r., zamieszczono zestawienia przedstawiające dostępność do świadczeń w poszczególnych rodzajach i zakresach wyrażoną liczbą miejsc wykonywania usług oraz wskaźnikiem liczby zakontraktowanych punktów na 10 tys. mieszkańców. Na podstawie tych zestawień postawiono wniosek, że zróżnicowana wartość współczynnika dostępności wyrażona liczbą zakontraktowanych punktów w umowie w przeliczeniu na 10 tys. wynika ze zróżnicowanego potencjału wykonawczego świadczeniodawców na danym terenie.

(akta kontroli str. 2730-3306, 3307-3935, 3936-4514, 4515-4677)

Analizę zapewnienia przez Oddział porównywalnego dostępu do świadczeń w poszczególnych obszarach kontraktacyjnych przeprowadzono na podstawie zestawienia wartości zawartych umów oraz wartości zrealizowanych świadczeń przypadających na jednego mieszkańca dla poszczególnych powiatów województwa w latach 2021-2023. Z zestawień wynika, że we wszystkich powiatach województwa w badanym okresie zapewniono dostęp do świadczeń z rodzaju POZ, AOS, STM, REH, SPO oraz ZPO. Dostęp do świadczeń z rodzaju SZP, PSY, OPH nie był zapewniony jedynie dla mieszkańców powiatu leszczyńskiego, przy czym zapleczem leczniczym dla tego powiatu było Leszno.

(akta kontroli str. 2546-2575)

000384/AOS/02/3/02.7220.072.02/01 w sprawie zawarcia na okres od 1 listopada 2018 r. do 30 września 2023 r. umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna - ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne w zakresie: badania tomografii komputerowej (TK) na obszarze powiatu pilskiego.

¹⁸⁶ Wprowadzonym aneksem nr HR/2023 z 26 stycznia 2024 r.

¹⁸⁷ Aneks nr APU/2024 z 5 stycznia 2024 r.

¹⁸⁸ Liczba podmiotów oraz aktywnych miejsc udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach.

Z analizy zestawienia liczby i wartości zrealizowanych świadczeń przypadających na jednego mieszkańca w poszczególnych obszarach kontraktacyjnych¹⁸⁹ w latach 2021-2023 dla pięciu¹⁹⁰ zakresów o największej wartości z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wynika, że nie w każdym powiecie zapewniono dostęp do tych świadczeń - najmniejszy dostęp¹⁹¹ do tych świadczeń był w powiatach kaliskim, konińskim i leszczyńskim, przy czym dostęp do tych świadczeń był zapewniony w miastach na prawach powiatu tj. Kaliszu, Koninie i Lesznie. Dostępu do wszystkich badanych zakresów nie zapewniono także w powiecie kępińskim¹⁹² i wągrowieckim¹⁹³, w przypadku powiatu kępińskiego dostępu do dwóch zakresów badanych świadczeń nie zapewniono w 2022 r. a zapewniono w 2023 r.

(akta kontroli str. 2546-2575)

1.10. Analizy dostępności do świadczeń zdrowotnych w latach 2021-2023 dokonano na podstawie próby 20 kolejek 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.

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

- w AOS we wszystkich kolejkach zwiększała się rok do roku o od 10,8% do 38,7%;
- w SZP w trzech kolejkach zwiększała się o od 0,5% do 24,3%, natomiast w przypadku kolejki 80003 endoplastyka stawu biodrowego w 2022 r. w porównaniu do 2021 r. zwiększyła się o 3,6%, a w 2023 r. w porównaniu z 2022 r. zmniejszyła się o 3,3%, w kolejce 4580 oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej zmniejszyła się o 2,9% w 2022 r. w stosunku do 2021 r., a zwiększyła się o 9% w 2023 r. w stosunku do 2022 r.;
- pozostała na tym samym poziomie jak w 2021 r. a zmniejszyła się o 11,8% w 2023 r. w stosunku do roku poprzedniego;
- w PSY w dwóch kolejkach zwiększała się rok do roku o od 6,5% do 30,1%, w kolejce 4700 oddział psychiatryczny (ogólny) pozostała na tym samym poziomie w 2022 r. co w 2021 r., a wzrosła o 24,4% w 2023 r., w kolejce 1791 poradnia psychologiczna dla dzieci zmniejszyła się o 3,4% w 2022 r. w porównaniu z 2021 r. a wzrosła o 211,1% w 2023 r. w porównaniu z 2022 r., natomiast w kolejce 2700 oddział dzienny psychiatryczny (ogólny) zwiększyła się o 61,5% w 2022 r. w stosunku do roku poprzedniego i o 173,8% w 2023 r. w stosunku do 2022 r.

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

- w AOS w czterech kolejkach zwiększał się rok do roku, przy czym dla przypadków stabilnych o od 0,9% do 35,3%, a dla przypadków pilnych o od 7,9% do 134,2%¹⁹⁴, natomiast w kolejce 1584 poradnia osteoporozy zmniejszył się dla przypadków stabilnych o 11,2% i 24,5%, a dla przypadków pilnych zmniejszył się w 2022 r. o 31%, a następnie zwiększył się o 35% w 2023 r.;
- w SZP w jednej kolejce zmniejszał się corocznie, przy czym dla przypadków stabilnych o około 32%, a dla przypadków pilnych o 18,6% w 2022 r. i 3,1%

¹⁸⁹ W zestawieniu przyjęto powiaty

¹⁹⁰ Tj. świadczenie w zakresie położnictwa i ginekologii, świadczenia w zakresie okulistyki, świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej, świadczenia w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, świadczenia w zakresie kardiologii.

¹⁹¹ Brak dostępu do czterech z pięciu badanych zakresów.

¹⁹² W latach 2021-2022 nie zapewniono dostępu do świadczeń w zakresie kardiologii, a w 2022 r. nie zapewniono dostępu do świadczeń w zakresie okulistyki.

¹⁹³ W latach 2022-2023 nie zapewniono dostępu do świadczeń w zakresie okulistyki.

¹⁹⁴ Największy wzrost średniego czasu oczekiwania dla przypadków pilnych stwierdzono w zakresie 1570 Poradnia neurochirurgiczna – w 2022 r. wynosił 41 a w 2023 r. 96.

w 2023 r., w pozostałych kolejkach następowały zarówno zwiększenia jak i zmniejszenia średniego czasu oczekiwania, przy czym największe zmniejszenie było o 42,4% (dla przypadków stabilnych w kolejce 80011 operacje palucha koślawego), a największe zwiększenie wyniosło 160% (dla przypadków stabilnych w kolejce 4611 oddział otorynolaryngologiczny dla dzieci).

- W REH w dwóch kolejkach zwiększał się rok do roku, z tego dla przypadków stabilnych o od 15,7% do 36,3%, a dla przypadków pilnych o od 14,3% do 65%, w pozostałych trzech kolejkach następowały zarówno zwiększenia jak i zmniejszenia średniego czasu oczekiwania, przy czym największe zmniejszenie było o 13,9%, a największe zwiększenie wyniosło 54,3%;
- W PSY w trzech kolejkach średni czas oczekiwania dla przypadków pilnych w latach 2021-2023 był kilkudniowy, natomiast dla przypadków stabilnych następowały zarówno zwiększenia jak i zmniejszenia, przy czym największe zmniejszenie było o 30,6%, a największe zwiększenie wyniosło 60,0%, w przypadku kolejki 1708 poradnia dla osób z autyzmem dziecięcym corocznie następowało zwiększenie czasu oczekiwania i dla przypadków pilnych wzrosło o 64,3% w 2022 r. i 54,4% w 2023 r., natomiast dla przypadków stabilnych o 107,9% w 2022 r. i 94,9% w 2023 r., w przypadku kolejki 2701 oddział dzienny psychiatryczny dla dzieci czas oczekiwania dla przypadków pilnych wynosił maksymalnie dwa dni, natomiast dla przypadków stabilnych zmniejszył się o 87,7% (z 122 dni do 15) w 2022 r., a następnie zwiększył o 286,7% (z 15 dni do 58) w 2023 r.

(akta kontroli str. 262-289)

1.11. Liczba świadczeniodawców mających obowiązek przesyłania do Oddziału informacji sprawozdawczych z zakresu list oczekujących w latach 2021-2023¹⁹⁵ wynosiła odpowiednio: 1 302, 1 198 i 1 167, liczba świadczeniodawców, którzy przesłali komplet tych informacji wyniosła: 1 277, 1 180 i 1 143, co stanowiło: 98,1%, 98,5% i 97,9%.

(akta kontroli str. 65-68)

Sekcja Weryfikacji List Oczekujących¹⁹⁶ WŚOZ w Oddziale podejmowała działania, w celu weryfikacji kompletności, rzetelności oraz terminowości przekazywania przez świadczeniodawców informacji dotyczących harmonogramów przyjęć, w tym list oczekujących i pierwszych wolnych terminów udzielenia świadczenia. Ocena kompletności polegała na sprawdzeniu czy świadczeniodawcy przekazują raportami dotyczącymi list oczekujących¹⁹⁷ informacje o wszystkich kolejkach oraz czy wszystkie dane, które należy gromadzić w ramach list i harmonogramów przyjęć są wprowadzone do systemu. Ocena rzetelności wiązała się ze sprawdzeniem, czy pacjenci byli wpisywani w ramach odpowiednich kategorii świadczeniobiorców i kategorii medycznych, na odpowiednie terminy, prawidłowo skreślanii, wprowadzani na podstawie właściwych identyfikatorów, przesuwani zgodnie z obowiązującymi zasadami oraz czy prawidłowo wprowadzano numery telefonów (wykorzystywane do przekazywania SMS-em informacji o nadchodzącym terminie udzielenia świadczenia). Ocena terminowości polegała na monitorowaniu raportów o listach i harmonogramach każdego miesiąca i informacji o pierwszym wolnym terminie każdego dnia roboczego, a w przypadku kolejek centralnych, terminowego, codziennego wprowadzania i edytowania wpisów na listy i harmonogramy przyjęć. Pracownicy SWLO przesyłali świadczeniodawcom za pośrednictwem Systemu Zarządzania Obiegiem Informacji (SZOI) komunikaty wskazujące potencjalne lub

¹⁹⁵ Informacje o spływie komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących list oczekujących według stanu na 31 stycznia roku następnego.

¹⁹⁶ Dalej: SWLO.

¹⁹⁷ Komunikat xml przekazywany plikiem *.klx, dalej: raport LIOCZ

stwierdzone nieprawidłowości z przeprowadzanych cyklicznie analiz. Komunikaty odnoszące się do harmonogramów przyjęć/list oczekujących oraz informacji o pierwszym wolnym terminie prowadzonych w aplikacji Kolejki Centralne (AP-KOLCE) dotyczyły między innymi:

- wykazu harmonogramów przyjęć, w tym list oczekujących, w których pacjenci nie byli wprowadzani do systemu na bieżąco;
- rozbieżności pomiędzy datą pierwszego wolnego terminu, a datą planowego udzielenia świadczenia;
- nieprawidłowych wpisów na listach oczekujących w zakresie powodu przyjęcia;
- przypomnienia o obowiązku aktualizacji informacji o pierwszym wolnym terminie udzielania świadczenia;
- weryfikacji identyfikatorów pacjentów zapisanych w harmonogramach przyjęć;
- braków w numerach telefonów pacjentów (w związku z wdrożeniem systemu powiadamiania SMS-em pacjentów o terminach udzielenia świadczeń);
- weryfikacji i skreślenia z harmonogramów/list oczekujących osób zmarłych;
- weryfikacji terminów zaplanowanych na dzień spoza harmonogramu pracy.

Ponadto, pracownicy SWLO przesyłali komunikaty dotyczące harmonogramów przyjęć/list oczekujących oraz informacji o pierwszym wolnym terminie prowadzonych w aplikacjach świadczeniodawców, z których informacje są przekazywane raportami LIO CZ:

- przypomnienie o obowiązku sprawozdawczym dotyczącym informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia i o zaległościach w wykreślaniu z list pacjentów o statusie „po terminie”;
- informacyjny dotyczący pierwszego wolnego terminu udzielania świadczenia dla przypadków stabilnych, wskazującego na gotowość przyjęcia w dniu zgłoszenia lub dzień, dwa dni po zgłoszeniu (komunikat zapoczątkowany w marcu 2024 r. w związku ze zgłoszeniami pacjentów o rozbieżności pomiędzy sprawozdawaną a rzeczywistą informacją o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia).

(akta kontroli str. 69-260, 301-328)

W 2020 r. SWLO zgłosiła do planu kontroli na 2021 r. propozycję kontroli „Kontrola prawidłowości prowadzenia przez świadczeniodawców list oczekujących/harmonogramów przyjęć”, wskazując sześciu świadczeniodawców, którzy w 2019 r. uchylali się od terminowego obowiązku przekazywania informacji o listach oczekujących¹⁹⁸.

(akta kontroli str. 301-315)

1.12. Zgodnie z postanowieniami zawartymi w ogólnych warunkach umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej¹⁹⁹ świadczeniodawca powiadamia na piśmie Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym zawarł umowę, o planowanej przerwie w udzielaniu świadczeń, w terminie co najmniej 30 dni przed planowaną przerwą, wskazując przewidywany okres jej trwania, a w przypadku świadczeń w rodzaju POZ oraz świadczeń rozliczanych ryczałtem albo ryczałtem systemu zabezpieczenia – także sposób zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń. Powiadomienia o przerwie z wykorzystaniem dedykowanych serwisów internetowych lub usług informatycznych uważa się za spełnienie obowiązku informacyjnego, przy czym świadczeniodawca może skorzystać wyłącznie z jednej dopuszczalnej formy przekazania informacji. Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że *w systemie informatycznym NFZ (SI NFZ) istnieje funkcjonalność dotycząca przerw w udzielaniu świadczeń, natomiast po stronie Oddziału nie ma możliwości wprowadzenia do tego systemu informacji o przerwach.*

¹⁹⁸ Propozycja ta nie została uwzględniona w kontrolach realizowanych w 2021 r.

¹⁹⁹ Stanowiące załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (tj. Dz. U. z 2023 r., poz. 1194 ze zm.) dalej: Ogólne warunki umów lub OWU.

(akta kontroli str. 2369-2418)

W okresie objętym kontrolą świadczeniodawcy zgłaszali przerwy w realizacji świadczeń w danym zakresie oraz miejscu. Zgodnie z OWU przerwa w udzielaniu świadczeń wymaga pisemnej zgody Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału, w terminie 14 dni od otrzymania powiadomienia, a w przypadku ambulatoryjnych świadczeń – w terminie 8 dni od otrzymania powiadomienia, za zgodę uważa się brak sprzeciwu Prezesa Funduszu albo dyrektora oddziału w wymienionych terminach. W Oddziale nie opracowano procedury akceptacji zgłoszenia o planowanej przerwie w udzielaniu świadczeń. Dyrektor Oddziału opiniowała wnioski przesyłane przez Wojewodę Wielkopolskiego o czasowym zaprzestaniu działalności przez podmioty lecznicze wykonujące działalność w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, przy czym zgodnie z art. 34 ust. 6 ustawy o działalności leczniczej, niewydanie opinii w terminie 7 dni jest równoznaczne z wydaniem opinii pozytywnej. W stosunku do świadczeniodawców, którzy nie dochowali terminu określonego w § 9 ust. 2 OWU Oddział kierował pouczenia, bądź nakładał kary umowne. W latach 2021-2024 (I półrocze) WOW NFZ, z tytułu niedochowania terminu określonego w § 9 ust. 2 OWU, nałożył na 11 świadczeniodawców kary w łącznej wysokości 31,8 tys. zł.

(akta kontroli str. 2369-2545)

WOW NFZ weryfikował zgłoszenia przerw w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności w zakresie sposobu zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń. W przypadku świadczeń w rodzaju POZ w odniesieniu do umów realizowanych wieloosobowo Oddział sprawdzał zabezpieczenie świadczeń przez pozostały personel świadczeniodawcy; w sytuacji udzielania świadczeń jednoosobowo Oddział weryfikował zabezpieczenie świadczeniobiorcom dostępności do świadczeń poprzez zagwarantowanie zastępstwa u innego świadczeniodawcy. W tym przypadku Oddział wymagał, aby podmiot wskazany na zastępstwo potwierdził, że będzie realizować świadczenia w danym zakresie i czasie dla pacjentów podmiotu zgłaszającego przerwę w udzielaniu świadczeń. W przypadku zgłoszeń przerw w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców działających w ramach umowy w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej Oddział weryfikował zapewnienie ciągłości realizacji świadczeń, których dotyczy zgłoszona przerwa, poprzez uzyskanie kopii porozumień między szpitalem zgłaszającym przerwę, a szpitalem zabezpieczającym wykonywanie świadczeń w odpowiednim, tożsamym obszarze świadczeń. Po zakończeniu przerwy, Oddział podejmował ocenę poziomu przejęcia realizacji danych świadczeń przez te podmioty, celem ewentualnego zwiększenia wartości ryczałtu tych szpitali.

(akta kontroli str. 2369-2545)

Pracownicy dokonujący rozliczeń realizacji umów o świadczenia opieki zdrowotnej mają wiedzę o wynikach kontroli przeprowadzonych przez NFZ u świadczeniodawców.

(akta kontroli str. 301-312)

Procedura obsługi skarg, wniosków i odpowiedzi do klientów nie przewiduje odstąpienia od procedowania skargi w przypadku rezygnacji przez świadczeniodawcę z refundacji za konkretne świadczenie, w takiej sytuacji Oddział kontynuuje procedowanie, a wskazana rezygnacja z refundacji traktowana jest jako potwierdzenie zasadności skargi.

(akta kontroli str. 301-312)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Wbrew przepisowi art. 156 ust. 1a ustawy o świadczeniach, który stanowi, że 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, 16 umów w rodzaju AOS zostało przedłużonych dwukrotnie, na okres 12 miesięcy.

Dyrektor Oddziału podała, że zgodnie z interpretacją pisma Ministra Zdrowia²⁰⁰ przekazanego Oddziałowi przez Centralę NFZ 29 czerwca 2023 r.²⁰¹, przepis ten pozwala na przedłużenie okresu obowiązywania każdej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, także tej, której okres obowiązywania został już przedłużony. Ustawa nie zawiera w tym zakresie ograniczenia do jednokrotnej możliwości przedłużenia okresu obowiązywania umowy. Termin 6 miesięcy odnosi się do każdorazowego aktu przedłużenia, z którym wiąże się obowiązek niezwłocznego przeprowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie świadczeń objętych umową, której okres obowiązywania został przedłużony. W świetle przedłożonej interpretacji oraz wobec faktu wystąpienia ryzyka braku zabezpieczenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, a także w związku z upływającym okresem obowiązywania wszystkich umów w zakresach świadczeń objętych przedłużeniem, przedłużono po raz kolejny umowy w AOS w zakresie badań tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego.

(akta kontroli str. , 1464-1581, 1796-1800, 1464-1471, 1488-1502, 4880-4886, 6168-6177, 5066-5283, 6909-6973)

2. Planów zakupu świadczeń na lata 2021-2023 nie opublikowano na stronie internetowej Oddziału wbrew postanowieniom procedury planowania zakupu świadczeń w wersji obowiązującej od 16 października 2020 r. (str. 9) oraz w wersji v.2.0 obowiązującej od 24 listopada 2022 r. (str. 7), dot. obowiązku dyrektora Oddziału zlecenia publikacji planu zakupu świadczeń na stronie Oddziału, co Dyrektor Oddziału uzasadniła przeoczeniem.

Niedopełnienie obowiązków w zakresie publikacji planów zakupu świadczeń jest naruszeniem obowiązującej Oddział procedury.

(akta kontroli str. 4982-4983, 4988-4994, 6069-6104, 6149)

3. W pięciu przypadkach komisje konkursowe nie informowały dyrektora Oddziału o odstąpieniu od procedury konkursów i rokowań. Ponadto informacji o odstąpieniu nie wysyłano również do Prezesa NFZ, mimo obowiązku poinformowania o odstąpieniu zawartym w procedurze konkursów i rokowań.

W kwestii braku udokumentowania poinformowania dyrektora Oddziału o odstąpieniu od stosowania procedury w dwóch sprawach²⁰² Dyrektor wyjaśniła, że po ustnym poinformowaniu Zastępcy Dyrektora ds. Służb Mundurowych, a następnie dyrektora Oddziału podjęła uchwały o odstąpieniu od wizytacji. Nie wyjaśniono przyczyn nieinformowania Prezesa NFZ. W sprawie przyczyn braku informowania dyrektora Oddziału i Prezesa NFZ o odstąpieniu od procedury w pozostałych trzech sprawach²⁰³ Dyrektor Oddziału podała, że miało to związek z nagromadzeniem zadań, których realizacja wykraczała poza możliwości personalne delegatury w Lesznie oraz przebywaniem pracowników na zwolnieniach, urlopach lub pracy zdalnej.

NIK wskazuje, że brak sprawnych rozwiązań w zakresie zarządzania Oddziałem nie stanowi przesłanek odstępowania od stosowania obowiązujących procedur.

(akta kontroli str. 301-312, 4880-4886, 5410-5445)

²⁰⁰ Nr UZ-PR.716.138.2016.MM IK.795499 z 15 grudnia 2016 r.

²⁰¹ Pismem nr NFZ-DSOZ-WNRZU.0211.1.2023; 2023.209461.KATK.

²⁰² 15-21-000041/RTM/16/1/30/01/01 i 15-22-000240/POZ/0112/01.0000.162.16/03

²⁰³ 15-22-000025/AOS/02/1/02.101.001.02/01, 15-22-000026/AOS/02/1/02.1240.001.02/01 i 15-22-000027/AOS/02/1/02.1450.001.02/01

4. W czterech ogłoszeniach o konkursach ofert²⁰⁴ nie zawarto adresu poczty elektronicznej Oddziału, wbrew obowiązкови określönemu w § 3 ust. 2 pkt 1 rozporządzenia w sprawie konkursów. W kwestii braku tego elementu w ogłoszeniach o konkursach Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że *prawdopodobnie podczas ogłaszania postępowania, system informatyczny nie zaciągnął danych w polu wskazującym adres poczty elektronicznej Oddziału. Zatem z powodów błędnego działania systemu informatycznego nie zostały wygenerowane dane dotyczące adresu poczty elektronicznej WOW NFZ.*

(akta kontroli str. 4981, 4988-4994, 5447-5524)

OCENA CZĄSTKOWA

W procesie opracowywania planów zakupu świadczeń Oddział wykorzystywał dane, służące rzetelnemu ich opracowaniu z uwzględnieniem m.in. priorytetów ogólnopolskich i wojewódzkich, a także służące opracowaniu planów finansowych. Postępowania konkursowe sprzyjały zasad konkurencyjności, mimo uchybień związanych z publikacją ogłoszeń. Potencjał oferentów weryfikowano prawidłowo, choć o odstępstwach w zakresie weryfikacji nie zawsze prawidłowo informowano dyrektora i Prezesa NFZ. Działania Oddziału związane z kontraktowaniem skutkowały zwiększaniem dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, jednak w niektórych powiatach nie zapewniono pełnej ich dostępności, w tym również z rodzaju POZ. WOW NFZ podejmował działania w celu zwiększenia poziomu prawidłowego wykonywania przez świadczeniodawców obowiązku rzetelnego i terminowego sprawozdawania informacji z zakresu list oczekujących, harmonogramu przyjęć oraz raportów statystyczno-medycznych.

Plany zakupów świadczeń zdrowotnych na lata 2021-2023 zostały zrealizowane w poszczególnych rodzajach świadczeń, co do zasady, na zamierzonym lub wyższym poziomie, za wyjątkiem ośmiu rodzajów świadczeń. Natomiast spośród poddanych szczegółowej analizie 17 zakresów świadczeń, w dziewięciu nie zrealizowano zamierzonego poziomu, czego przyczyną w latach 2021-2022, był m.in. trwający stan epidemii COVID-19 i wprowadzone obostrzenia, które istotnie ograniczały udzielanie świadczeń zdrowotnych, jak również unieważnienie części postępowań konkursowych z powodu braku ofert lub ich odrzucenia. W sytuacjach mniejszej niż zamierzona realizacji liczby jednostek rozliczeniowych lub wartości zakupów, we wszystkich wskazanych przypadkach, liczba obszarów kontraktacyjnych oraz liczba świadczeniodawców nie zmniejszyły się - pozostały na tym samym lub wyższym poziomie. Zasadniczo w Oddziale prowadzono weryfikacje spełniania przez świadczeniobiorców ustalonych wymagań, jednak w rodzaju PPZ przeprowadzono je tylko w 17,7% przypadków, co uzasadnione było założeniami obowiązującej procedury, a w rodzaju POZ przeprowadzono je w 81,2 % w 2021 r., co związane było z epidemią COVID-19.

OBSZAR

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

2.1. W okresie objętym kontrolą, prognoza przychodów Oddziału na kolejne trzy lata była sporządzana, zgodnie z art. 120 ust. 1 ustawy o świadczeniach, przez Prezesa NFZ. Na podstawie otrzymanych informacji o wysokości przyznanych Oddziałowi środków finansowych, Dyrektor Oddziału przekazywał do Centrali prognozę kosztów świadczeń opieki zdrowotnej. Podział środków pomiędzy poszczególne Oddziały NFZ

²⁰⁴ 15-21-000082/OPH, 15-22-000170/OPH, 15-22-000172/OPH i 15-22-000204/OPH

był dokonywany przez Centralę zgodnie z tzw. algorytmem podziału środków²⁰⁵, który uwzględniał zapisy art. 118 ust. 3 ustawy o świadczeniach²⁰⁶.

Zastępca Dyrektora wyjaśniła, że Oddziały NFZ nie mają wpływu na wielkość otrzymywanych środków i w związku z powyższym, wysokość środków zabezpieczonych przez Oddział w projektowanych planach finansowych na pokrycie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej jest zależna od wartości prognozowanych przychodów Funduszu, w tym w szczególności pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne. Kluczowym parametrem związanym z planowaniem kosztów i opracowywaniem planów finansowych jest wysokość otrzymanych z Centrali środków finansowych.

(akta kontroli str. 1832-1834 1846-1873, 1908-1940, 1978-2014, 2055-2090)

Projektując koszty świadczeń opieki zdrowotnej oraz pozostałe koszty Oddziału na lata 2021-2024, wzięto pod uwagę wytyczne Prezesa NFZ²⁰⁷ oraz analizy wewnętrzne, które określały sumaryczne kwoty planu finansowego²⁰⁸ na poszczególne lata, kwoty dotacji oraz sugerowane wskaźniki wzrostu dla wybranych pozycji planu.

Wartości bazowe i strukturę kosztów planu finansowego na dany rok²⁰⁹, stanowiącego odniesienie dla wartości projektowanych na kolejny rok, ustalono po umniejszeniu aktualnego planu o kwoty przypadające z rozwiązania rezerwy na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych²¹⁰, oraz środki:

- przekazane z dotacji budżetu państwa związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem Covid-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych²¹¹,
- z Funduszu Medycznego w części dotyczącej świadczeń na rzecz dzieci do lat 18 na świadczenia zrealizowane ponad kwotę zobowiązania²¹²,
- z Funduszu Medycznego w części dotyczącej sfinansowania technologii lekowej o wysokim poziomie innowacyjności na realizację programu lekowego²¹³,
- z Funduszu Pomocy na pokrycie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej²¹⁴ oraz środki pochodzące z Funduszu Medycznego przeznaczone na: świadczenia udzielane osobom do ukończenia 18. roku życia związane z diagnostyką genetyczną, technologie lekowe, środki przeznaczone na wsparcie jednostek samorządu terytorialnego oraz wzmocnienie lekarza, pielęgniarki i położnej POZ²¹⁵.

Przygotowując projekty planów finansowych Oddziału na lata 2021-2024 i ustalając podział środków na świadczenia zdrowotne uwzględniono m.in. dotychczasową

²⁰⁵ Określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 17 listopada 2009 r. w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych, Dz. U. Nr 193 poz. 1495, wydanym na podstawie art. 119 ustawy o świadczeniach.

²⁰⁶ Zgodnie z algorytmem, środki na pokrycie kosztów finansowania przez oddziały wojewódzkie Funduszu świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych, dzielone są pomiędzy oddziały wojewódzkie Funduszu z uwzględnieniem: liczby ubezpieczonych zarejestrowanych w oddziale wojewódzkim Funduszu, wydzielonych, według wieku i płci, grup ubezpieczonych oraz wydzielonych grup świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych, a także ryzyk zdrowotnych odpowiadających danej grupie ubezpieczonych, w zakresie danej grupy świadczeń opieki zdrowotnej, w porównaniu z grupą odniesienia, z wyłączeniem środków odpowiadających przychodom wymienionym w art. 125 ustawy o świadczeniach, tj. m.in. pochodzących z dotacji przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej.

²⁰⁷ Przesłane pismami z 4 i 18 czerwca 2020 r., 2 i 18 czerwca 2021 r., 31 maja i 20 czerwca 2022 r. oraz 1 i 20 czerwca 2023 r.

²⁰⁸ Dalej: plan.

²⁰⁹ Planu pierwotnego zatwierdzonego przez MF na 2020 r., 2021 r., 2022 r. i 2023 r.

²¹⁰ Przy projektowaniu planów finansowych na lata 2021-2024.

²¹¹ Przy projektowaniu planów finansowych na lata 2021-2024.

²¹² Przy projektowaniu planów finansowych na lata 2022-2024.

²¹³ B. 129 FM „Leczenie chorych na pierwotną hiperoksalurię typu 1”, przy projektowaniu planu finansowego na 2023 r.

²¹⁴ O których mowa w art. 37 ustawy z 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa

²¹⁵ Przy projektowaniu planu finansowego na 2024r.

strukturę rodzajową planowanych kosztów i zasady kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej w obszarach, gdzie zostały zachowane co do zasady bez zmian, specyfikę wybranych rodzajów świadczeń, wdrożone w trakcie roku poprzedzającego lub planowane do wdrożenia zmiany w zakresie realizacji i finansowania świadczeń, skutki projektowanych zmian warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych rodzajach świadczeń, symulację świadczeń nielimitowanych w kontekście zabezpieczenia ich finansowania, planowane postępowania konkursowe główne oraz uzupełniające w kontekście dostępności do świadczeń oraz zabezpieczenia środków finansowych na ten cel, zmiany wolumenu świadczeń lub wycen wynikające z oceny regulacji AOTMiT w okresach poprzedzających, priorytety, plan transformacji krajowy i wojewódzki, liczbę pacjentów pozostających w kontynuacji leczenia, liczbę nowych programów lekowych, poziom realizacji świadczeń, koszty leków, umowy zawarte w okresie poprzedzającym rok planowania oraz zaangażowanie środków w umowach PSZ²¹⁶ (okres finansowania świadczeń) i w umowach poza PSZ, niezbędne dla przeprowadzenia postępowań konkursowych.

(akta kontroli str. 1833-1834, 1893-1903, 1961-1972, 2036-2051, 2111-2124, 4337)

Przy opracowywaniu planów finansowych na lata 2021-2024 wzięto pod uwagę populację osób ubezpieczonych, w tym w wieku 65 lat i więcej. Wskazana grupa była uwzględniana na etapie planowania kosztów w ramach zakresów im dedykowanych, tj. w podstawowej opiece zdrowotnej oraz w poz. B5 planu finansowego²¹⁷. Dane te były aktualne²¹⁸ i pochodziły z przekazywanych przez świadczeniodawców list aktywnych POZ. Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że zgodnie z obowiązującymi zasadami, w celu rozliczenia świadczeń²¹⁹, Oddział dokonuje weryfikacji osób uprawnionych figurujących na listach świadczeniobiorców, przekazywanych przez świadczeniodawców, w oparciu o bazy Centralnego Wykazu Ubezpieczonych (CWU), zasilanych danymi z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego i od Ministra Spraw Wewnętrznych. Wobec powyższego Fundusz jest jedynie wtórnym odbiorcą informacji dotyczących rejestracji do ubezpieczenia zdrowotnego, wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego oraz informacji o opłaconej składce.

(akta kontroli str. 4889-4894, 6168-6177)

Systemy informatyczne WOW NFZ²²⁰ umożliwiały przeszukiwanie i filtrowanie różnych baz danych²²¹, w tym w zakresie liczby świadczeniobiorców w wieku równym lub powyżej 65 lat, w poszczególnych zakresach lub rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej. Pozostałe parametry, jak liczba osób oczekujących na dane świadczenia oraz czas oczekiwania na nie, były uwzględniane na etapie sporządzania planu zakupu świadczeń opieki zdrowotnej.

Dyrektor wyjaśniła, że wartość jednostki rozliczeniowej obowiązującej w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej była wynikiem uzgodnień ze świadczeniodawcami na poziomie ogłaszanych postępowań konkursowych. Zatem

²¹⁶System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ), tzw. sieć szpitali; dalej także: umowy sieciowe.

²¹⁷ „Koszty finansowania leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego zgodnie z art. 43a ust. 3 ustawy o świadczeniach”. Poz. B5 do sierpnia 2023 r. obejmowała grupę wiekową powyżej 75 roku życia, a od września 2023 r. rozszerzono możliwość bezpłatnego zaopatrywania w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne dla świadczeniobiorców, którzy ukończyli 65. rok życia, oraz dla świadczeniobiorców, którzy nie ukończyli 18. roku życia.

²¹⁸ Pochodziły z 1 kwietnia tego roku, w którym planowano koszty świadczeń opieki zdrowotnej na następny rok (na lata 2021-2023), natomiast w przypadku roku 2024, podstawą wyliczenia kosztów świadczeń była średniomiesięczna populacja świadczeniobiorców uwzględnionych w rozliczeniu 2022 r. (średnia z 12 miesięcy).

²¹⁹ Na podstawie stawki kapitałowej.

²²⁰ KS-SIKCH firmy Kamsoft S.A. oraz Business Object.

²²¹ Przekazywanych przez świadczeniodawców i wytworzonych przez pracowników Oddziału.

planowanie kosztów było oparte na wartościach wynikających z zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

(akta kontroli str. 1607, 1834-1835, 4691-4699)

Prezes NFZ²²² określił wielkość przewidywanych kosztów Oddziału na lata 2021 – 2024 w kwotach odpowiednio: 9 546 084 tys. zł, 6 340 737 tys. zł, 9 562 334 tys. zł oraz 10 507 902 tys. zł, w tym koszty świadczeń zdrowotnych odpowiednio: 9 219 880 tys. zł, 5 992 088 tys. zł, 9 161 106 tys. zł oraz 10 271 290 tys. zł²²³. Oddział sporządził projekty planów finansowych w powyższych kwotach, w układzie zgodnym z załącznikiem nr 1 do zarządzenia Ministra Finansów z 23 grudnia 2011 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej NFZ²²⁴. Projekty te zostały pozytywnie zaopiniowane przez Radę Oddziału w poszczególnych latach²²⁵, a następnie wraz z uzasadnieniem oraz z powyższymi opiniami, zostały terminowo przekazane do Centrali NFZ, zgodnie z art. 120 ust. 5 ustawy o świadczeniach²²⁶.

(akta kontroli str. 1813, 1876-1880, 1893-1903, 1941-1945, 1961-1972, 2015-2019, 2036-2051, 2092-2-96, 2111-2124)

Projektując plany finansowe na lata 2022 – 2024 wskazano, że kwoty stanowiące całkowitą wartość planowanych środków Oddziału, wynikające z założeń Prezesa NFZ do tych planów, będą niewystarczające do zabezpieczenia finansowania świadczeń na zadowalającym poziomie, głównie ze względu na: konieczność ogłoszenia postępowań konkursowych, wynikającą z zakończenia w niektórych rodzajach świadczeń umów wieloletnich zawartych przez Oddział (w latach 2022 - 2023)²²⁷, przewidywane zmiany w prawie (2023 – 2024) związane m. in. Z włączeniem produktów podwyżkowych i współczynników korygujących do wyceny świadczeń (w 2023 r.), czy rekomendacjami Prezesa AOTMiT w zakresie zmian wycen świadczeń, w tym wzrostu najniższego wynagrodzenia dla niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (w 2024 r.).

(akta kontroli str. 1898-1903, 1966-1972, 2042-2050, 2115-2123)

Dyrektor potwierdziła, że dokonywany przez Oddział w latach objętych kontrolą, podział środków w poszczególnych pozycjach planu finansowego, uwzględniał wyłącznie wytyczne i skutki finansowe możliwe do oszacowania w momencie ich planowania, tj. takie, dla których określony został poziom wzrostu finansowania. Ograniczona wysokość środków finansowych do przygotowania planu finansowego na lata 2021-2024, będących w dyspozycji WOW NFZ, nie pozwalała na dostosowanie struktury planu finansowego do realnych potrzeb finansowych Oddziału.

(akta kontroli str. 1832-1838)

W pierwotnych planach finansowych Oddziału na lata 2021-2024 zatwierdzonych przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów²²⁸, na koszty Oddziału przeznaczono odpowiednio: 5 907 342 tys. zł, 6 528 972 tys. zł, 9 564 379 tys. zł i 10 508 625 tys. zł, w tym na koszty świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych odpowiednio: 5 575 548 tys. zł, 6 180 323 tys. zł, 9 161 106 tys. zł i 10 272 013 zł. Plany te stanowiły podstawę przygotowania postępowań w sprawie zawarcia umów

²²² W pismach z 18 czerwca 2020 r., 18 czerwca 2021 r., 20 czerwca 2022 r. i 20 czerwca 2023 r.

²²³ Od 2024 r. w ramach całkowitego budżetu na refundację Oddział miał zaplanować środki w pozycji B5 – koszty finansowania leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego zgodnie z art. 43a ust.3 ustawy o świadczeniach (leki 75+) oraz w pozycji B7 – koszty finansowania leku, zgodnie z art. 43b ust. 7 tej ustawy (leki 75+). Środki te musiały zostać zabezpieczone w ramach ogólnej kwoty 10 363 220 tys. zł przeznaczonej przez Prezesa NFZ na koszty świadczeń opieki zdrowotnej Oddziału.

²²⁴ Dz. U. z 2021 r. poz. 1732

²²⁵ Nr 3/2020 z 25 czerwca 2020 r., nr 4/2021 z 25 czerwca 2021 r., nr 2/2022 z 23 czerwca 2022 r. i nr 2/2023 z 22 czerwca 2023 r.

²²⁶ odpowiednio: 25 czerwca 2020 r., 25 czerwca 2021 r., 24 czerwca 2022 r. i 23 czerwca 2023 r.

²²⁷ W 2022 r. w następujących rodzajach świadczeń: AOS, REH, OPD, OPH, STM, PRO.

²²⁸ 30 września 2020 r., 30 lipca 2021 r., 26 lipca 2022 r. i 29 września 2023 r.

w poszczególnych rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych latach 2021 – 2024.

(akta kontroli str. 1813, 1907, 1977, 2054, 2127)

W latach 2021-2024 Oddział otrzymał z Centrali następujące środki finansowe odpowiednio: 10 297 681 tys. zł, 11 476 793 tys. zł, 15 236 778 tys. zł i 7 893 782 tys. zł (do 30 czerwca), w tym na świadczenia opieki zdrowotnej odpowiednio: 10 290 662 tys. zł, 11 226 779 tys. zł, 13 686 754 tys. zł i 7 831 655 tys. zł (do 30 czerwca).

Stan środków pieniężnych Oddziału na początek 2021 r. wynosił 49 287 tys. zł, natomiast na koniec lat 2021 – 2023 wynosił odpowiednio: 135 456,8 tys. zł, 25 543,9 tys. zł i 163,4 tys. zł.

Należności krótkoterminowe Oddziału od podmiotów zewnętrznych na koniec lat 2020 r. - 2023 wynosiły odpowiednio: 4 833,3 tys. zł (brak należności wymagalnych), 16 572,7 tys. zł (93,2 tys. zł należności wymagalnych), 1 414,5 tys. zł (87,2 tys. zł należności wymagalnych) i 2 336,8 tys. zł (1 391,6 tys. zł należności wymagalnych), w tym od świadczeniodawców odpowiednio: 4 417,4 tys. zł (brak należności wymagalnych), 16 094,3 tys. zł (93,2 tys. zł należności wymagalnych), 844,3 tys. zł (87,2 tys. zł należności wymagalnych) i 1 865 tys. zł (1 386,7 tys. zł należności wymagalnych).

Oddział na koniec lat 2021 - 2023 nie posiadał należności długoterminowych.

(akta kontroli str. 1813-1814, 1816-1829, 4841-4849, 4861-4879, 6887-6902)

2.2. W poszczególnych latach kwota należności Oddziału z tytułu kar umownych od świadczeniodawców z zakwestionowanych świadczeń zdrowotnych wynosiła odpowiednio 1 517,6 tys. zł, 2 462,6 tys. zł, 5 610 tys. zł i 1 355,9 tys. zł; odzyskano odpowiednio 1 321,7 tys. zł, 2 693,2 tys. zł, 5 504,3 tys. zł i 739,5 tys. zł. W tym okresie w Oddziale obowiązywała procedura windykacji należności w Narodowym Funduszu Zdrowia, opracowana i zatwierdzona przez Prezesa NFZ 20 kwietnia 2018 r., zgodnie z którą „należy odstąpić o wezwania gdy koszty przesyłki wezwania lub koszty przedsądowego wezwania do zapłaty są wyższe od kwoty dochodzonej należności” (pkt 7 i 16 procedury) oraz należy odstąpić od windykacji „w przypadku gdy przewidywane koszty dochodzenia na drodze sądowej są wyższe niż kwoty dochodzonej należności”.

Do Oddziału w okresie objętym kontrolą wpłynęło łącznie 12 wniosków o umorzenie należności z tytułu kar umownych²²⁹, oddalono osiem wniosków, nie umorzono żadnej należności. Cztery wnioski o umorzenie²³⁰ załatwiono poprzez rozłożenie na raty, zawarto porozumienia ze świadczeniodawcami w zakresie spłat należności. Ponadto Oddział zawarł w 2021 r. ze świadczeniodawcami siedem porozumień o rozłożenie na raty należności wobec Oddziału, w 2022 r. dziewięć porozumień, a w 2023 r. jedno porozumienie, a w 2024 r. sześć porozumień.

Szczegółową analizą objęto cztery porozumienia i jedną ugodę w sprawie rozłożenia na raty należności o najwyższych kwotach w okresie objętym kontrolą, łącznie na 2 144,6 tys. zł. W trzech przypadkach rozłożono należność na sześć rat płatnych co miesiąc, w jednym przypadku na cztery raty i w jednym na dwie raty, płatne co miesiąc. Dyrektor wyjaśniła, że *do Oddziału wpływają wnioski o rozłożenie na raty, bądź umorzenie należności. Wnioski od świadczeniodawców o umorzenie należności w latach 2021-2024 były rozpatrywane negatywnie.*

W 2022 r. Oddział odstąpił od egzekwowania czterech należności, o wartości 1 604 zł, co udokumentowano protokołami odstąpienia od prowadzenia działań windykacyjnych. W jednym przypadku²³¹ przyczyną była bezskuteczność egzekucji,

²²⁹ W 2021 r. dwa, w 2022 r. cztery, w 2023 r. i w 2024 r. po trzy wnioski

²³⁰ W 2021 r. jeden, w 2022 r. dwa, w 2024 r. jeden wniosek

²³¹ Po wydaniu przez sąd nakazu zapłaty postępowanie egzekucyjne co do kwoty 1 256,64 zł zostało umorzone

w dwóch przypadkach koszty windykacji przewyższały kwotę należności, w jednym przypadku wobec trudności w ustaleniu adresu świadczeniodawcy dyrektor Oddziału uznał, że koszty prowadzenia postępowania będą wyższe niż kwota roszczenia (313,94 zł). Dwóch z czterech świadczeniodawców nie realizowało po dacie ustalenia zaległości świadczeń opieki zdrowotnej, dwóch posiadało aktywne uprawnienia do wystawiania recept²³².

(akta kontroli str. 4751-4772, 4773- 4817)

2.3. Koszty poniesione²³³ przez WOW NFZ w latach 2021-2024 (I półrocze) wynosiły odpowiednio: 8 036 146,9 tys. zł, 8 483 018,7 tys. zł, 10 464 962,6 tys. zł, 5 349 081,4 tys. zł, w tym koszty świadczeń zdrowotnych wynosiły odpowiednio: 7 135 124,4 tys. zł, 7 989 970,8 tys. zł, 10 256 026 tys. zł i 5 183 666,5 tys. zł, i stanowiły odpowiednio: 88,8%, 94,2%, 98,0% i 96,9% poniesionych kosztów ogółem.

W latach 2021-2023 w poszczególnych rodzajach świadczeń (POZ, AOS, PSZ, PSY, REH, SPO, OPH, STM, PRO), następowało rok do roku zwiększenie poniesionych kosztów na realizację tych świadczeń²³⁴.

(akta kontroli str. 2357-2382, 2577-2724, 4832-4840)

W 2021 r. kwota wykorzystanych przez świadczeniodawców środków finansowych przeznaczonych na wzrost wynagrodzeń:

- pielęgniarek i położnych wyniosła 465 070,6 tys. zł, w tym największą kwotę 316 011,5 tys. zł (67,9%) wydatkowano w leczeniu szpitalnym;
- lekarzy i lekarzy dentystów posiadających specjalizację wyniosła 28 713,6 tys. zł, w tym w leczeniu szpitalnym wydatkowano 27 171,1 tys. zł (94,6%);
- ratowników medycznych wyniosła 19 774,8 tys. zł, w tym w leczeniu szpitalnym wydatkowano 14 285,6 tys. zł (72,2%).

Ponadto, środki finansowe wykorzystane przez świadczeniodawców przeznaczone na wyrównania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny wyniosły 152 203,5 tys. zł, w tym największą kwotę 123 066,1 tys. zł (80,8%) wydatkowano w leczeniu szpitalnym.

(akta kontroli str. 2577-2724)

W 2022 r. kwota wykorzystanych przez świadczeniodawców środków finansowych przeznaczonych na wzrost wynagrodzeń:

- pielęgniarek i położnych wyniosła 171 869,9 tys. zł, największą kwotę 151 4346 tys. zł (88,1%) wydatkowano w leczeniu szpitalnym;
- lekarzy i lekarzy dentystów posiadających specjalizację wyniosła 12 962,1 tys. zł, w leczeniu szpitalnym wydatkowano 12 524 tys. zł (96,6%);
- ratowników medycznych wyniosła 6 934,5 tys. zł, całość wydatkowano w leczeniu szpitalnym.

(akta kontroli str. 2577-2724)

2.4. Stan zobowiązań WOW NFZ kształtował się następująco:

- na koniec 2021 r. zobowiązania krótkoterminowe wyniosły 865 525,3 tys. zł, w tym 766 696,89 tys. zł stanowiły zobowiązania wobec podmiotów zewnętrznych (wobec świadczeniodawców usług zdrowotnych 718 794,9 tys. zł; wobec aptek 40 596,8 tys. zł; z tytułu podatków, ubezpieczeń i innych 3 848,5 tys. zł; z tytułu wynagrodzeń 562 tys. zł; pozostałe niezwiązane z zakupem świadczeń zdrowotnych 2 894,7 tys. zł) i 98 828,4 tys. zł stanowiły zobowiązania wewnętrzne NFZ (wobec innych oddziałów

²³² na: leki oraz na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne refundowane ze środków publicznych.

²³³ Wykonanie planu finansowego.

²³⁴ z wyjątkiem jednego przypadku - w POZ nastąpiło zmniejszenie kosztów w 2022 r. w porównaniu do 2021 r.

za udzielone świadczenia zdrowotne 83 144,6 tys. zł; pozostałe wobec Centrali NFZ 15 683,8 tys. zł), a zobowiązania długoterminowe nie wystąpiły,

- na koniec 2022 r. zobowiązania krótkoterminowe wyniosły 1 106 287,6 tys. zł, w tym 946 237,4 tys. zł stanowiły zobowiązania wobec podmiotów zewnętrznych (wobec świadczeniodawców usług zdrowotnych 893 598,1 tys. zł; wobec aptek 43 844,4 tys. zł; z tytułu podatków, ubezpieczeń i innych 2 178,1 tys. zł; z tytułu wynagrodzeń 778,7 tys. zł; pozostałe niezwiązane z zakupem świadczeń zdrowotnych 5 838,2 tys. zł) i 160 050,2 tys. zł stanowiły zobowiązania wewnętrzne NFZ (wobec innych oddziałów za udzielone świadczenia zdrowotne 142 792,1 tys. zł i pozostałe wobec Centrali NFZ 17 258 tys. zł), a zobowiązania długoterminowe wyniosły 52,6 tys. zł,

- na koniec 2023 r. zobowiązania krótkoterminowe wyniosły 1 193 038,9 tys. zł, w tym 986 846,8 tys. zł stanowiły zobowiązania wobec podmiotów zewnętrznych (wobec świadczeniodawców usług zdrowotnych 935 954,4 tys. zł; wobec aptek 46 954,1 tys. zł; z tytułu podatków, ubezpieczeń i innych 1 447,6 tys. zł; z tytułu wynagrodzeń 443,3 tys. zł; pozostałe niezwiązane z zakupem świadczeń zdrowotnych 2 047,4 tys. zł) i 206 192,1 tys. zł stanowiły zobowiązania wewnętrzne NFZ (wobec innych oddziałów za udzielone świadczenia zdrowotne 172 870,4 tys. zł i pozostałe wobec Centrali NFZ 33 321,8 tys. zł), a zobowiązania długoterminowe wyniosły 55,8 tys. zł,

- na 30 czerwca 2024 r. zobowiązania krótkoterminowe wyniosły 872 778,9 tys. zł, w tym 753 714,3 tys. zł stanowiły zobowiązania wobec podmiotów zewnętrznych (wobec świadczeniodawców usług zdrowotnych 701 071,6 tys. zł; wobec aptek 49 783,7 tys. zł; z tytułu podatków, ubezpieczeń i innych 1 919,7 tys. zł; z tytułu wynagrodzeń 5,06 tys. zł; pozostałe niezwiązane z zakupem świadczeń zdrowotnych 934,3 tys. zł) i 119 064,6 tys. zł stanowiły zobowiązania wewnętrzne NFZ (wobec innych oddziałów za udzielone świadczenia zdrowotne 91 501 tys. zł i pozostałe wobec Centrali NFZ 27563,6 tys. zł), a zobowiązania długoterminowe wyniosły 48,7 tys. zł.

Według stanu na koniec poszczególnych lat 2021-2023 i na 30 czerwca 2024 r., WOW NFZ nie posiadał zobowiązań wymagalnych. W okresie objętym kontrolą, nie odnotowano przypadków zajęć komorniczych, zapłaty kar umownych, a w latach 2021-2022 również zapłaty odsetek. W 2023 r. WOW NFZ zapłacił odsetki w łącznej kwocie 18,3 tys. zł z dwóch wyroków sądowych, a w 2024 r. (I połowa) w łącznej kwocie 5,5 tys. zł od jednej ugody i od jednego wyroku sądowego.

(akta kontroli str. 557- 558, 562, 565-566, 2585, 2587, 2591, 2599, 2610, 2628, 2630, 2635, 2643, 2652, 2666, 2668, 2672, 2678, 2680, 2688, 2725-2729)

Przeciwko Oddziałowi toczyły się postępowania sądowe z zakresu świadczeń zdrowotnych o wartości roszczeń finansowych wynoszące:

- w sprawach związanych ze świadczeniami zdrowotnymi udzielonymi ponad limity: w 2021 r. 2 765 tys. zł, w 2022 r. 14 791,4 tys. zł, w 2023 r. 12 544,4 tys. zł i w 2024 r. (I połowa) 22 349,6 tys. zł,

- w sprawach o zapłatę wynikających z wykonania umowy: w 2021 r. 12 238,8 tys. zł, w 2022 r. 11 700,6 tys. zł, w 2023 r. 14 354,7 tys. zł i w 2024 r. (I połowa) 16 784,3 tys. zł,

- w sprawach z zakresu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, ustalenia prawa do świadczeń w 2021 r. 19,5 tys. zł.

Ponadto, przeciwko Oddziałowi toczyły się postępowania sądowno-administracyjne o wartości roszczeń finansowych wynoszące: w 2021 r. 1,4 tys. zł, w 2022 r. 312,8 tys. zł, w 2023 r. 316,3 tys. zł i w 2024 r. (I połowa) 178,3 tys. zł oraz pozostałe postępowania sądowe: w 2021 r. 54 472,2 tys. zł, w 2022 r. 94 425,6 tys. zł, w 2023 r. 95 510,2 tys. zł i w 2024 r. (I połowa) 96 289,2 tys. zł.

(akta kontroli str. 354-356, 359-378, 381-400, 403-430, 439-446, 6900-6902)

Oddział został zobowiązany w 2022 r. do zapłaty kwot wynikających z zawartych ugód sądowych w wysokości: 482,6 tys. zł w postępowaniach związanych ze świadczeniami zdrowotnymi udzielonymi ponad limity i 275,1 tys. zł w pozostałych postępowaniach sądowych. W 2023 r. zasądzona została od Oddziału kwota 50,4 tys. zł, a w 2024 r. (I połowa) zawarto ugodę sądową na kwotę 22,8 tys. zł (w postępowaniach o zapłatę wynikającą z wykonania umowy).

(akta kontroli str. 354, 355, 357, 359, 376, 377, 379, 381, 398, 399, 401, 403, 431-438, 557, 564, 565)

Oddział nierzetelnie sporządził zestawienie dotyczące zakończonych w 2022 r. spraw sądowych²³⁵, co opisano w sekcji *stwierdzone nieprawidłowości* niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

(akta kontroli str. 376, 377, 379, 381, 433, 434)

2.5. Wykonanie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych latach 2021-2023 było niższe o co najmniej 10% od kosztów ujętych w planie po zmianach głównie w następujących pozycjach, w których wyniosło:

w 2021 r.:

- chemioterapia - bez leków – 70 493,4 tys. zł, co stanowiło 88,5% planu,
- leki stosowane w chemioterapii – 44 576,7 tys. zł, co stanowiło 88,2% planu,
- ratunkowy dostęp do technologii lekowej²³⁶ - 7 710,4 tys. zł, co stanowiło 63,2% planu,
- świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej - 101 752,5 tys. zł, co stanowiło 85,7% planu,
- OPH - 62 166 tys. zł, co stanowiło 85,1% planu,
- STM - 144 142,1 tys. zł, co stanowiło 87,6% planu,
- pomoc doraźna i transport sanitarny - 24 897,9 tys. zł, co stanowiło 86,1% planu,
- refundacja leków, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 17 ustawy o świadczeniach - 4 263,5 tys. zł, co stanowiło 79% planu,
- refundacja środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 18 ustawy o świadczeniach - 1 787 tys. zł, co stanowiło 82,0% planu,

w 2022 r.:

- ambulatoryjna opieka specjalistyczna - 1 000 549,8 tys. zł, czyli 90,0% planu,
- leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objętego programami lekowymi - 586 219,9 tys. zł, co stanowiło 88,0% planu,
- leki stosowane w chemioterapii - 46 371,2 tys. zł, co stanowiło 87,7% planu,
- świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej - 130 202,8 tys. zł, co stanowiło 85,4% planu,
- OPH - 83 447,1 tys. zł, co stanowiło 83,8% planu,
- STM - 165 708,2 tys. zł, co stanowiło 87,2% planu,
- koszty profilaktycznych programów zdrowotnych ze środków własnych NFZ - 19 108,7 tys. zł, co stanowiło 74,8% planu,
- świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane odrębnie - 272 637 tys. zł, co stanowiło 89,8% planu,
- refundacja leków, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 17 uośoz - 4 139,8 tys. zł, co stanowiło 82,8% planu,
- refundacja środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 18 uośoz - 1 422,8 tys. zł, co stanowiło 71,1% planu,

w 2023 r.:

- RDTL – 172 85,6 tys. zł, co stanowiło 80,5% planu,

²³⁵ Tabela nr I.5.2. Zestawienie spraw sądowych zakończonych.

²³⁶ Dalej RDTL

- koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych NFZ – 32 397,8 tys. zł, co stanowiło 88,8% planu,
- koszty zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2g uośoz – 1 798,1 tys. zł, co stanowiło 75,6% planu.

(akta kontroli str. 587-591, 2595, 2605, 2606, 2639, 2644, 2645, 2675, 2676, 2681, 2682)

W kwestii niepełnej realizacji kosztów ujętych w planie po zmianach, dyrektor Oddziału wyjaśniła, że *poziom wykonania planu finansowego, w większości ww. pozycji, wynikał z poziomu realizacji zawartych przez WOW NFZ umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a obowiązkiem było, by w ramach posiadanych w planie środków finansowych, zabezpieczyć w danej pozycji środki na realizację tych umów wraz z wartością świadczeń ponadumownych oraz kwotą bilansu migracji ubezpieczonych. Przyczyną zrealizowania umów w 2021 r. i 2022 r. na niższym poziomie niż możliwy i wynikający z zawartych umów była epidemia koronawirusa.* W przypadku refundacji leków oraz środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, o których mowa w art. 15 ust. 2 odpowiednio pkt 17 i pkt 18 uośoz, Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że *wykonanie planu finansowego odbywa się na podstawie złożonych rachunków w ramach umowy bez określonej kwoty zobowiązania. Specyfika danej pozycji planu - leki oraz środki spożywcze sprowadzane z zagranicy, a także fakt, że planowanie środków na koniec roku odbywa się na podstawie 11 miesięcy rzeczywistego wykonania oszacowanie kosztów w tych pozycjach jest niezmiernie trudne, a prognoza oparta jest o symulację rzeczywistego wykonania, o dane historyczne i o informacje z komórek merytorycznych. Planując te środki należy mieć również na uwadze rozliczenie międzyoddziałowe za świadczenia udzielone pacjentom spoza województwa wielkopolskiego, gdyż rozliczenie odbywa się bez upoważnień otrzymanych z innych Oddziałów, wobec czego koszty związane z udzielaniem świadczeń pacjentom spoza województwa wielkopolskiego ponoszone są najpierw przez Oddział, a następnie rozliczane z Oddziałem właściwym dla pacjenta.*

W przypadku RDTL, środki finansowe pochodziły z Funduszu Medycznego (mają charakter celowy) i jak wyjaśniła Dyrektor Oddziału, *środki te zaliczkowo przekazane świadczeniodawcom w 2021 r. i 2023 r. rozliczone zostały do końca każdego z tych lat, a część świadczeń udzielonych w tych latach rozliczona została w latach następnych.*

Na niższy od zaplanowanego poziom wykonania w 2023 r. kosztów związanych z finansowaniem świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych poza granicami kraju (tj. zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2g uośoz, finansowanego z Funduszu Medycznego) wpływ miał brak rozliczenia świadczeń w danym roku finansowania oraz różnica kursowa, gdyż koszty ustalane są na podstawie średniego kursu walut Prezesa NBP w oparciu o zgodę wydaną przez Prezesa NFZ na leczenie poza granicami kraju, natomiast rozliczenie, czyli wykonanie, ewidencjonowane jest po kursie walut po zakończonym leczeniu.

(akta kontroli str. 557-565, 587-591)

Badaniem dokonywania przez dyrektora WOW NFZ przesunięć kosztów przeznaczonych na świadczenia opieki zdrowotnej w planie finansowym Oddziału, tj. na podstawie art. 124 ust. 5 uośoz, objęto próbę przesunięć dokonanych w ww. pozycjach i latach²³⁷ oraz w I połowie 2024 r. w: AOS; leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objętego programami lekowymi;

²³⁷ W 2021 r. 17 przesunięć, w 2022 r. 21 przesunięć i w 2023 r. dwa przesunięcia. W trzech pozycjach nie dokonywano przesunięć: refundacja środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 18 uośoz, ratunkowy dostęp do technologii lekowej w 2023 r. i koszty zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2g uośoz.

świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej; leczenie stomatologiczne; refundacja leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę²³⁸. Stwierdzono, że przesunięcia w planie finansowym były celowe i uzasadnione, a dokonano ich zgodnie z obowiązującą procedurą²³⁹ i na podstawie analiz, które w szczególności obejmowały: sprawdzenie dotychczasowej realizacji umów; stan tzw. wolnych środków; wartość umów danej pozycji świadczeń; analizę danych historycznych; analizę stanu planu i realizacji dotyczącej COVID-19 lub pomocy obywatelom Ukrainy; wartość tzw. nadwykonań świadczeń; wartość migracji ubezpieczonych; wnioski wydziałów merytorycznych.

(akta kontroli str. 567-586, 557, 561, 565, 566, 587-732)

Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że *Dział Planowania i Analiz Ekonomicznych dokonuje przesunięć do końca roku kalendarzowego ustalając tym samym niepodlegające dalszym zmianom wartości poszczególnych pozycji w planie finansowym, na podstawie realizacji planu za okres od stycznia do listopada danego roku, a bilans migracji, zgodnie ze specyfiką rozliczeń, tylko za okres od stycznia do października. Rachunki za wykonane usługi przez świadczeniodawców spływają do Oddziału do 20 lutego następnego roku. W miarę posiadanych środków finansowych zabezpieczane są koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielone ponad kwotę zobowiązania z umów na podstawie symulacji ich wykonania. Prognoza, mimo posiadanego doświadczenia, przeprowadzonych analiz oraz zgromadzonych materiałów jest trudna do oszacowania. Czynniki mającymi wpływ na wielkość realizacji świadczeń, niezależnymi od NFZ są m. in. zmiany listy leków podlegających refundacji, zamykanie oddziałów szpitalnych w tym w pandemii Covid-19, wyjazdy urlopowe skutkujące zamknięciem przychodni/gabinetu. Z uwagi na fakt, że proces rozliczenia umów oraz zamknięcie ksiąg rachunkowych odbywa się po terminie dopuszczającym dokonywanie zmian w planie finansowym, niemożliwym jest dostosowanie planu do jego wykonania. Dyrektor Oddziału podkreśliła, że w analizowanym okresie WOW NFZ zabezpieczył środki finansowe w każdej pozycji planu finansowego na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej wynikających z realizacji umów, a także rozliczył świadczenia udzielone pacjentom z obszaru województwa wielkopolskiego na terenie innych województw.*

(akta kontroli str. 557-566)

2.6. Przeciętne zatrudnienie w Oddziale²⁴⁰ w latach 2021-2024 (I półrocze) wynosiło odpowiednio: 330,8, 335,8, 341,9 i 341,5 osób (przy planowanych odpowiednio: 349,6, 349,6, 355,6 i 357,6). Pomimo rosnącego w tym okresie przeciętnego zatrudnienia, przez cały ten okres było ono niepełne w stosunku do planu i stanowiło maksymalnie 96,2%²⁴¹ planowanego zatrudnienia. Przeciętne miesięczne wynagrodzenie²⁴² wynoszące w latach 2021-2024 (I półrocze) odpowiednio: 7 056,2 zł, 7 596,8 zł, 8 290,4 zł i 8 906,2 zł rosło rok do roku od 7% do 9%.

(akta kontroli str. 290-294)

Koszty administracyjne Oddziału poniesione w latach 2021-2024 (I półrocze) wyniosły odpowiednio: 46 748,9 tys. zł, 50 060,7 tys. zł, 58 108 tys. zł i 31 455,6 tys. zł, co stanowiło odpowiednio: 94,11%, 87,71%, 89,34% i 42,9% planu. Koszty wynagrodzeń pracowników Oddziału w tych latach wyniosły odpowiednio: 28 071,8 tys. zł, 30 713 tys. zł, 34 118,5 tys. zł, 19 634,4 tys. zł i były wyższe rok do roku poprzedniego²⁴³

²³⁸ Sześć przesunąć.

²³⁹ Procedura do procesu pn. „Zmiana planu finansowego v1.0” z 25 listopada 2020 r.

²⁴⁰ W przeliczeniu na pełne etaty.

²⁴¹ W 2023 r.

²⁴² Przypadające na etat.

²⁴³ Wzrost kosztów z tytułu wynagrodzeń odpowiednio: w 2021 r. do 2020, w 2022 r. do 2021 r. i w 2023 r. do 2022 r.

odpowiednio o: 5,76%, 9,41% i 11,08%. Koszty wynagrodzeń stanowiły największy udział w kosztach administracyjnych Oddziału, który wynosił odpowiednio: 60,04%, 61,35%, 58,71%, 62,42%.

(akta kontroli str. 295-300, 4832-4840)

Wydatki inwestycyjne Oddziału w latach 2021-2023 wyniosły odpowiednio: 3 905,4 tys. zł, 9 6774,4 tys. zł, 639,6 tys. zł i stanowiły odpowiednio: 87,8%, 92,6%, 80,9% planu wydatków inwestycyjnych. W I półroczu 2024 r. nie poniesiono wydatków inwestycyjnych. Największy udział w wydatkach inwestycyjnych wynoszący od 92% do 95,2% stanowiło doposażenie Oddziału w sprzęt komputerowy i rozbudowanie infrastruktury sieciowej (serwery, urządzenia sieciowe, komputery); nie dokonywano zakupu lub zbycia nieruchomości.

(akta kontroli str. 295-300, 2721-2724, 4832-4840)

2.7. Monitorowanie realizacji umów związanych w Oddziale miało charakter ciągły i polegało m.in. na: monitorowaniu średniego kosztu rozliczenia substancji czynnych u świadczeniodawców realizujących programy lekowe i /lub chemioterapię, analizie poprawności, kompletności i terminowości uzupełniania wymaganych przez świadczeniodawców danych, sporządzaniu analiz bezpłatnego zaopatrzenia: w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne²⁴⁴; prowadził kwartalne analizy realizacji jakościowej i ilościowej świadczonych usług, a do grudnia 2022 r. miesięczne zestawienia monitorujące poziom realizacji umów²⁴⁵. Do maja 2022 r. funkcjonował w Oddziale zespół koordynujący dla onkologii, monitorujący dostępność oraz realizację świadczeń z zakresu onkologii i hematologii dziecięcej.

Dyrektor Oddziału podała, że *monitorowanie ma charakter ciągły i jest uzupełniane o nowo zakontraktowane zakresy*²⁴⁶. *Wobec powyższego w niektórych rodzajach świadczeń odstąpiono w całości lub w części od przygotowywania zestawień według wzorów określonych w załącznikach do pisma z dnia 27.04.2015 roku znak WSOZ.425.333.2015, w to miejsce wykonywane są inne zestawienia analityczne zgodnie z aktualnie obowiązującymi zakresami świadczeń w danym typie umów. Ponadto co miesiąc lub dodatkowo według zgłaszanych potrzeb, Oddział przygotowywał zestawienia monitorujące poziom realizacji umów, które umożliwiały monitorowanie miejsc (punktów umów), w których występował brak realizacji lub poziom realizacji umowy wykaczał poza jej wartość umowną (nadwykonanie lub niedowykonanie).*

(akta kontroli str. 4766 - 4787, 4789-4829)

W poszczególnych okresach rozliczeniowych, dokonywano zmian umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej polegających zarówno na zwiększeniu, zmniejszeniu, jak i relokacji środków finansowych określonych w tych umowach (pomiędzy zakresami lub/i rodzajami świadczeń). Na próbie świadczeń w rodzaju programy lekowe i RDTL w 2021 r. wnioskowano 12 razy do dyrektora Oddziału o zwiększenie wartości umów, raz o zmniejszenie wartości umów; w 2022 r. wnioskowano 23 razy o zwiększenie wartości umów, trzy razy o zmniejszenie wartości umów; w 2023 r.

²⁴⁴ Przysługujące świadczeniobiorcom po ukończeniu 65 roku życia (wcześniej po ukończeniu 75 roku życia); przysługujące kobietom w ciąży i poniżej 18 roku życia

²⁴⁵ monitoring w zakresie: liczby hospitalizacji porodowych, obłożenia łóżek, świadczeń dot. udarów mózgu na oddziałach chorób wewnętrznych, leczenia inwazyjnego ostrych zespołów wieńcowych, realizacji umów o udzielania onkologicznych świadczeń kompleksowych (KON pierś);, również umów w rodzaju ratownictwo medyczne, transport sanitarny, POZ; w tym zakresie prowadzono m.in. analizy niedowykonań i nadywkonań, przyczyn hospitalizacji, obsady zespołów ratownictwa medycznego, odmów przyjęć pacjentów, kategoryzacji pacjentów szpitalnych oddziałów ratunkowych, raportów statystycznych w SOR, realizacji umów nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej

²⁴⁶ np.: trombektomia mechaniczna w ostrej fazie udaru niedokrwinnego, realizacji świadczeń udzielanych z wykorzystaniem chirurgii robotowej, Centra Zdrowia Psychicznego, program pilotażowy stopy cukrzycowej

wnioskowano 17 razy o zwiększenie wartości umów, siedem trzy razy o zmniejszenie wartości umów; w 2024 r. wnioskowano trzy razy o zwiększenie wartości umów²⁴⁷.

(akta kontroli str. 4766-4787)

W latach 2021-2023 Oddział sfinansował świadczenia zdrowotne wykonane ponad limit w wysokościach odpowiednio: 2 049,7 tys. zł, 27 074,5 tys. zł i 5 549 tys. zł, w tym większość stanowiły świadczenia sfinansowane w ramach umów o wynagrodzenie²⁴⁸, które wyniosły odpowiednio: 1 010,3 tys. zł (49,3%), 26 782,2 tys. zł (98,9%) i 5 496,4 tys. zł (99%). Pozostałe świadczenia wykonane ponad limit zostały sfinansowane w ramach ugód pozasądowych (odpowiednio 556,7 tys. zł, 292,3 tys. zł i 52,5 tys. zł) oraz ugody sądowej²⁴⁹. Ponadto, świadczenia wykonane ponad limit ale niesfinansowane przez Oddział w analogicznym okresie wynosiły odpowiednio: 8 977,2 tys. zł, 2 057,6 tys. zł i 1 213,7 tys. zł.

Wartość świadczeń wykonanych ponad limit kreślony w umowach (nierozliczonych na podstawie ugód i aneksów, których nie ujęto w księgach rachunkowych) wyniosła w 2021 r. 1 384,2 tys. zł, a w 2024 r. 529 623,7 tys. zł. Wartość zawartych ugód pozasądowych dotyczących świadczeń wykonanych w poszczególnych latach objętych kontrolą i latach których dotyczyły wyniosła odpowiednio: 1 868, 2 tys. zł, 27 225,3 tys. zł, 6 362,7 tys. zł i 4 170,7 tys. zł. W okresie 2021-2024 wartość zapłaconych kosztów świadczeń z lat poprzednich na podstawie ugód pozasądowych wyniosła²⁵⁰: 1 435,6 tys. zł, 1 947, 3 tys. zł, 715, 4 tys. zł i 52, 9 tys. zł, a na podstawie ugód sądowych 482 643,1 zł (tylko w 2022 r.)

(akta kontroli str. 2357-2382, 6178-6181, 6182-6183)

Z analizy zestawienia świadczeniodawców z największą wartością niewykonanych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotne (po pięciu z rodzaju SZP i AOS) w latach 2021-2023 wynika, że:

- w 2021 r. w leczeniu szpitalnym dotyczyło to umów typu PSZ²⁵¹, w których wartość niewykonanych świadczeń stanowiła od 6,1% do 49,9% wartości umowy, a w następnym roku wartość umów dla tych świadczeniodawców pozostała na porównywalnym poziomie, natomiast w AOS dotyczyło to świadczeń udzielanych w poradniach a wartość niewykonanych świadczeń wynosiła od 4,6% do 92,2% wartości umowy, a na rok następny wartość tych umów dla czterech świadczeniodawców pozostała na porównywalnym poziomie, a w przypadku jednego świadczeniodawcy przestała obowiązywać;

- w 2022 r. w leczeniu szpitalnym dla czterech świadczeniodawców dotyczyło to umów z programów lekowych, w których wartość niewykonanych umów stanowiła od 9,8% do 93,6% wartości umowy a w następnym roku umowy te już nie obowiązywały lub wartość tych umów została zmniejszona, natomiast w jednym przypadku dotyczyło o umowy typu leczenie szpitalne – oddziały szpitalne, gdzie wartość niewykonanej umowy wynosiła 72,9%, a wartość umowy na rok następny zwiększono o 18,2%; w AOS natomiast dotyczyło to świadczeń udzielanych w poradniach a wartość niewykonanych świadczeń wynosiła od 55,5% do 100% wartości umowy, a wartość tych umów na rok następny została zmniejszona;

- w 2023 r. w leczeniu szpitalnym dla trzech świadczeniodawców dotyczyło to umów z programów lekowych, w których wartość niewykonanych umów stanowiła od 39,3% do 100% wartości umowy, a w następnym roku umowy te już nie obowiązywały lub wartość tych umów została zmniejszona, natomiast dla dwóch świadczeniodawców dotyczyło o umowy typu Leczenie szpitalne – oddziały szpitalne, gdzie wartość

²⁴⁷ Do 30 czerwca 2024 r., dwa wnioski o zwiększenie na II kwartał 2024 r. z: 26 lipca 2024 r. i 30 lipca 2024 r.

²⁴⁸ Zarządzenie Prezesa NFZ Nr 69/2021/DEF

²⁴⁹ Ugoda z 18 lutego 2022 r. na kwotę 482,6 tys. zł.

²⁵⁰ Wg ujętych kosztów

²⁵¹ 03/8 Leczenie szpitalne - Świadczenia podstawowego szpitalnego systemu zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ)

niewykonanej umowy wynosiła od 22,2% do 25,4%, a wartości umów na rok następny zostały zmniejszone; w AOS natomiast dotyczyło to świadczeń udzielanych w poradniach a wartość niewykonanych świadczeń wynosiła od 15,3% do 69,7% wartości umowy, a wartość tych umów na rok następny została zmniejszona lub przestała obowiązywać.

Ponadto, z analizy powyższego zestawienia wynika, że dla świadczeniodawców, którzy w kolejnych latach nie wykonali umów w wielkościach zakontraktowanych, Oddział sukcesywnie zmniejszał wartość umów dostosowując je do wykonania z roku poprzedniego.

(akta kontroli str. 4808-4808, 4813-4815, 4816-4820, 6191-6193)

Analiza rozliczeń pięciu świadczeniodawców, spośród 20, którzy otrzymali najwyższe kwoty z tytułu nadwykonań wykazała, że w każdym przypadku zastosowano zarządzenia Dyrektora Oddziału oraz obowiązujące wytyczne w celu zapłaty kwot nadwykonań.

(akta kontroli str. 6182-6183)

W ostatnich dniach grudnia każdego z lat 2021 -2023²⁵² Dyrektor Oddziału przesyłała Prezesowi NFZ informację o dokonaniu przesunięć środków finansowych w ramach kosztów świadczeń zdrowotnych w obowiązującym planie finansowym Oddziału; uzasadnienia dokonywania zmian w poszczególnych latach opisano w pkt 2.5 niniejszego wystąpienia pokontrolnego. Ponadto Dyrektor wyjaśniła, że zmiany, o których informowano w grudniu *miały na celu dotrzymanie bezpieczeństwa poszczególnych pozycji planu finansowego, odpowiednio do przewidywanej przez Oddział realizacji świadczeń w rodzajach świadczeń, adekwatnie do podjętych przez Oddział zobowiązań oraz planowanych do realizacji działań oraz zabezpieczenia ciągłości finansowania i wzajemnych rozliczeń międzyoddziałowych z tytułu migracji ubezpieczonych. Prognozy kosztów stanowiących podstawę ostatecznej korekty planu finansowego dokonano na podstawie wykonania rzeczywistego za okres styczeń - listopad z uwzględnieniem wartości umów, migracji pacjentów za okres styczeń - październik i posiadanych tzw. "wolnych środków" w planie finansowym czyli środków niezaangażowanych w finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej oraz symulacji wykonania planu finansowego za miesiąc grudzień i migracji pacjentów za okres listopad - grudzień.*

(akta kontroli str. 4995- 5050)

Stwierdzona
nieprawidłowość

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

Nierzetelnie sporządzono przekazane Prezesowi NFZ ²⁵³ zestawienie spraw sądowych, w którym nie wykazano jednego postępowania toczącego się przeciwko Oddziałowi, w toku którego zawarto ugodę na kwotę 275,1 tys. zł. Wzór zestawienia określał załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 20 czerwca 2016 r. w sprawie rocznych i okresowych sprawozdań z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia oraz informacji przekazywanych wojewodom i marszałkom województw²⁵⁴, a stanowiło ono podstawę opracowania rocznego sprawozdania z działalności NFZ za rok 2022. Dyrektor WOW NFZ wyjaśniła, że w *zestawieniu spraw sądowych zakończonych za 2022 rok, omyłkowo pominięto i nie wskazano przedmiotowej sprawy, w której zawarto ugodę.*

NIK zauważa, że brak rzetelności w tej sytuacji skutkowało przekazaniem Centrali NFZ danych niezgodnych ze stanem faktycznym.

²⁵² Pisma: WEF-DPIAE.0331.16.2021 z 31.12.2021 r., WEF-DPIAE.0331.1.2022 z 30.12.2022 r. i NFZ15-WEF-DPIAE.311. 36. 2023 z 29.12.2023 r.

²⁵³ Przekazane do Centrali NFZ przy piśmie nr NFZ15-WP.0333.2.2023 z 16 lutego 2023 r.

²⁵⁴ Dz. U. poz. 923.

OCENA CZĄSTKOWA

Oddział podejmował działania w celu pełnego wykorzystania środków przewidzianych w planach finansowych na zakup świadczeń. W tym celu wprowadzano zmiany w umowach ze świadczeniodawcami, którzy mieli potencjał na wykonanie świadczeń w większej liczbie. Skutecznie monitorowano realizację obowiązujących umów. W okresie objętym kontrolą corocznie następowało zwiększenie poniesionych kosztów na realizację świadczeń zdrowotnych, nie wpłynęło to jednak na poprawę dostępności do tych świadczeń mierzoną czasem oczekiwania na ich udzielenie oraz liczbą osób oczekujących.

IV. Uwagi i wnioski

Wnioski W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK wnosi o:

1. przestrzeganie terminów przedłużania umów zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach,
2. informowanie Dyrektora Oddziału i Prezesa NFZ o każdorazowym odstępieniu od stosowania procedury konkursów i rokowań,
3. rzetelne opracowywanie sprawozdań w zakresie związanym z działalnością Oddziału,
4. publikowanie na stronie internetowej Oddziału planów zakupu świadczeń,
5. zapewnienie kompletności danych zamieszczanych w ogłoszeniach o postępowaniach konkursowych, w tym adresu poczty elektronicznej.

Uwagi Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.

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 Poznaniu. 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.

Poznań, 31 październik 2024 r.

Najwyższa Izba Kontroli

Delegatura w Poznaniu

Kontrolerzy:

Agnieszka Hofman

specjalista k. p.

/-/

Renata Robińska

doradca techniczny

/-/

Ewa Czyżewska

starszy inspektor k. p.

/-/

p.o. Dyrektora

Karolina Wirszyć

Sitkowska

/-/

Zmian w wystąpieniu pokontrolnym dokonał:

Dyrektor Delegatury NIK

w Poznaniu

Karolina Wirszyć - Sitkowska

/podpisano elektronicznie/