



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Rzeszowie

LRZ – 4101-11-01/2012

P/12/124

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Rzeszowie

ul. Kraszewskiego 8, 35-016 Rzeszów

T +48 17 780 23 00, F +48 17 780 23 06

lrz@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/12/124 – Dostępność i finansowanie opieki stomatologicznej ze środków publicznych
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Rzeszowie
Kontroler	Marian Skrabalak, Główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 82356 z dnia 14 sierpnia 2012 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Podkarpacki Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Rzeszowie, zwany dalej Oddziałem.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Grażyna Hejda – Dyrektor (dowód: akta kontroli str. 3-4)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w zakresie finansowania i dostępności świadczeń stomatologicznych w latach 2010-2012 (do października).

Uzasadnienie oceny ogólnej

Powyższą ocenę uzasadniają stosowane przez Oddział procesy planowania kosztów świadczeń w poszczególnych zakresach leczenia stomatologicznego, zapewniające ich dostępność, prawidłową realizację postępowań konkursowych i negocjacji o udzielanie przedmiotowych świadczeń, przestrzeganie obowiązujących zasad przy rozliczaniu umów o świadczenia stomatologiczne, kontrolowanie wykonania umów o świadczenia stomatologiczne, analizowanie zjawisk niewykonanych oraz wykonanych ponad limit kontraktów na świadczenia stomatologiczne, wykorzystywanie analiz zaawansowania realizacji umów w trakcie roku do aneksowania kontraktów, organizowanie, finansowanie i kontrolowanie zadań z zakresu profilaktyki chorób jamy ustnej dzieci, a także wywiązywanie się z przekazywania Wojewodzie Podkarpackiemu informacji, o której mowa w par. 11 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. Nr 139, poz. 1133).

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Finansowanie świadczeń stomatologicznych.

1.1. Planowanie kosztów świadczeń stomatologicznych.

Opis stanu
faktycznego

Przy tworzeniu założeń planu finansowego na rok 2010, 2011, 2012 wykorzystywano wytyczne zawarte w zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia stomatologicznego, z uwzględnieniem wysokości kalkulacyjnej etatu przeliczeniowego dla poszczególnych zakresów świadczeń, katalogu zakresów świadczeń oraz udziału personelu pomocniczego przy wykonywaniu świadczeń stomatologicznych. Brano też pod uwagę dane z listy oczekujących na świadczenia stomatologiczne, sprawozdawane przez świadczeniodawców.

Planów finansowych na rok 2010, 2011 i 2012 nie poprzedzano rachunkiem symulacji kosztów świadczeń gwarantowanych. Oddział nie dysponował narzędziami, pozwalającymi na określenie rzeczywistych kosztów świadczeń i wartości jednostek rozliczeniowych. Do opracowywania planów wykorzystywane były natomiast kwartalne analizy realizacji zawartych umów ze świadczeniodawcami, we wszystkich zakresach świadczeń stomatologicznych, które stanowiły podstawę szacowania wykonanych świadczeń na potrzeby prognozy kosztów. Plany te opracowywano z uwzględnieniem aktualnej sytuacji demograficznej, wg danych GUS, w podziale na jednostki terytorialne województwa podkarpackiego. Uwzględniano przy tym sytuację epidemiologiczną w zakresie próchnicy zębów mlecznych i stałych, ekstrakcji zębów mlecznych i stałych, w poszczególnych grupach wiekowych i miejscach zamieszkania, a także uwzględniano potrzeby leczenia protetycznego wg płci i lokalizacji oraz stanu przyzębia określonych populacji wiekowych. W tym celu wykorzystywano posiadaną wiedzę merytoryczną zatrudnionych lekarzy dentystów oraz wyniki badań epidemiologicznych prowadzonych w 2008 i 2009 r., w ramach programu „Monitoring Zdrowia Jamy Ustnej”.

(dowód: akta kontroli str. 5-13, 29- 37)

Przy konstruowaniu planu zakupu świadczeń stomatologicznych na 2010 r. uwzględniono realizację umów obejmujących lata 2008 – 2010, ze szczególnym uwzględnieniem wyników analizy wykonanych umów w okresie styczeń – wrzesień 2009 r., a także wniosków nowych świadczeniodawców, z terenów gdzie odnotowano ograniczenia dostępności do świadczeń gwarantowanych.

Plan zakupu świadczeń stomatologicznych na rok 2011 i 2012 oparty został na procedurze definiowania i planowania zakupu świadczeń, wprowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Uwzględniono przy tym obowiązujące priorytety w zakresie opieki stomatologicznej nad populacją dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia, obejmujące leczenie ogólnostomatologiczne wraz ze świadczeniami profilaktycznymi w gabinetach ogólnie dostępnych, ze szczególnym uwzględnieniem organizacji gabinetów stomatologicznych w szkołach podstawowych, gimnazjach i liceach. Zakresem priorytetu objęto również leczenie ortodontyczne wad zgryzu z zastosowaniem aparatów zdejmowanych w ramach specjalistycznych świadczeń ortodontycznych.

Głównym założeniem przy tworzeniu zarówno planu finansowego oraz planu zakupu na 2011 r. była poprawa dostępności do świadczeń stomatologicznych, a także do świadczeń specjalistycznych w chirurgii stomatologicznej, obejmującej całą populację ubezpieczonych oraz do świadczeń udzielanych w znieczuleniu ogólnym dla osób niepełnosprawnych, a także świadczenia dla osób z grupy

wysokiego ryzyka chorób zakaźnych, w tym chorych na AIDS. Zakres priorytetu uwzględnił wzrost ceny za punkt rozliczeniowy w zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia.

Priorytety lokalne oraz ww. założenia utrzymano przy planie zakupów na 2012 r., uwzględniając analizy aneksów do umów, podpisanych na lata 2011-2013.

Oddział w celu zapewnienia transparentności zakresu jakości i dostępności świadczeń gwarantowanych sporządzał wykazy zawartych umów wraz z określeniem liczby i wartości zakontraktowanych świadczeń oraz liczby etatów stomatologicznych w poszczególnych powiatach.

Zarówno w planach finansowym oraz zakupu uwzględniano migrację osób spoza województwa, leczących się w województwie podkarpackim.

W działalności Oddziału w zakresie tworzenia planu zakupu świadczeń stomatologicznych na rok 2010, 2011, 2012 nie stwierdzono nieprawidłowości.

Ocena częściowa

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

(dowód: akta kontroli str. 14 - 37)

1.2. Postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielenie świadczeń w rodzaju leczenie stomatologiczne, w trybie konkursu.

Opis stanu faktycznego

Oddział, prowadząc postępowanie w sprawie umów o wykonywanie gwarantowanych świadczeń stomatologicznych w poszczególnych zakresach, stosował regulacje zawarte w dziale VI *ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz.1027, ze zm.).

W postępowaniu, w sprawie umów o świadczenia stomatologiczne wykonywane w latach 2008-2010, wzięło udział 640 podmiotów, z czego 37 - publicznych i 603 – niepublicznych, zaś na 2011 – 2013 – 670 podmiotów, z czego 29 - publicznych i 641 - niepublicznych. Wszystkie podmioty objęte zostały postępowaniem w trybie konkursu ofert albo rokowań, zgodnie z przepisami art. 139 ust. 1 *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych*.

W przypadku umów na lata 2008-2010, unieważniono postępowania konkursowe, do których zgłosiło się 25 podmiotów (5 – publicznych i 20 – niepublicznych). Unieważnione postępowania w sprawie umów na lata 2011- 2013 objęły 12 podmiotów (1 – publiczny i 11 – niepublicznych). Do najczęstszych przyczyn unieważnienia tych postępowań zaliczono nieokreślenie przedmiotu oferty, nie podanie liczby lub ceny świadczeń opieki zdrowotnej, nie przedstawienie lub nie uzupełnienie wymaganych dokumentów w terminie, kwota najkorzystniejszej oferty przewyższała kwotę, którą NFZ przeznaczał na świadczenia, nie spełnienie warunków określonych w art. 146 ust. 1 pkt 3 *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych*.

Decyzją o przeprowadzeniu rokowań objęto, w przypadku umów na lata 2008- 2010, 15 podmiotów, z czego 3 – publiczne i 12 niepublicznych, zaś w przypadku umów na lata 2011-2013 – 50 podmiotów, z czego 2 – publiczne i 48 – niepublicznych. Podstawą uzasadniającą podjęte rokowania były uwarunkowania wskazane w art. 144 pkt 2 i pkt 3 *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych*.

W prowadzonych postępowaniach gromadzono dokumenty wymagane do zawarcia umów o udzielenie świadczeń stomatologicznych, w poszczególnych zakresach. I tak, w postępowaniu dotyczącym umów na lata 2008-2010 zażądano wyjaśnień od 45 podmiotów, z czego 10 – publicznych i 35 – niepublicznych, przeprowadzono kontrolę w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie u 30 oferentów, z czego 2 – publicznych i 28 niepublicznych, zażądano dostarczenia lub uzupełnienia dokumentów potwierdzających dane i informacje przekazane w toku postępowania przez 363 podmiotów, z czego 30 – publicznych i 333 - niepublicznych.

W przypadku postępowań konkursowych dotyczących umów na lata 2011-2013 zażądano wyjaśnień od 330 podmiotów, z czego 14 – publicznych i 316 – niepublicznych, przeprowadzono kontrolę w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie u 50 oferentów niepublicznych, a także zażądano dostarczenia dokumentów potwierdzających dane i informacje przekazane w toku postępowania przez 286 podmiotów, z czego 16 – publicznych i 270 - niepublicznych.

W wyniku postępowania konkursowego dotyczącego umów na lata 2008-2010 wybrano oferty, złożonych przez 627 podmiotów (98%), z czego 36 podmiotów publicznych i 591 – niepublicznych. W przypadku postępowania dotyczącego umów na lata 2011-2013 dokonano wyboru ofert złożonych przez 641 podmiotów (95,7 %), z czego przez 29 podmiotów publicznych i 612 – niepublicznych.

Wybrane oferty *świadczeń ogólnostomatologicznych* odnosiły się do 573 podmiotów, z tego 33 – publicznych i 540 – niepublicznych, w przypadku postępowań dotyczących umów na lata 2008-2010 oraz 598 podmiotów, z czego 24 - publicznych i 574 - niepublicznych, w przypadku postępowań dotyczących umów na lata 2011-2013, *świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia*, odnosiły się do 44 podmiotów, z tego 7 – publicznych i 37 – niepublicznych, w przypadku postępowań dotyczących umów na lata 2008-2010 oraz 61 podmiotów, z czego 8 - publicznych i 53 - niepublicznych, w przypadku postępowań dotyczących umów na lata 2011-2013, *świadczeń ogólnostomatologicznych udzielanych w znieczuleniu ogólnym*, odnosiły się do 7 podmiotów, z tego 3 – publicznych i 4 – niepubliczne, w przypadku postępowań dotyczących umów na lata 2008-2010 oraz 7 podmiotów, z czego 3 -publicznych i 4 - niepublicznych, w przypadku postępowań dotyczących umów na lata 2011-2013, *świadczeń chirurgii stomatologicznej i periodontologii*, odnosiły się do 31 podmiotów, z tego 6 – publicznych i 25 – niepublicznych, w przypadku postępowań dotyczących umów na lata 2008-2010 oraz 33 podmiotów, z czego 6- publicznych i 27 – niepubliczne, w przypadku postępowań dotyczących umów na lata 2011-2013, *świadczeń ortodoncji dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia*, odnosiły się do 26 podmiotów, z tego 4 – publicznych i 22 – niepubliczne, w przypadku postępowań dotyczących umów na lata 2008-2010 oraz 23 podmiotów, z czego 4 - publicznych i 19 - niepublicznych, w przypadku postępowań dotyczących umów na lata 2011-2013, *świadczeń protetyki stomatologicznej*, odnosiły się do 28 podmiotów, z tego 2 – publicznych i 26 – niepublicznych, w przypadku postępowań dotyczących umów na lata 2008-2010 oraz 35 podmiotów, z czego 2 - publicznych i 33 - niepublicznych, w przypadku postępowań dotyczących umów na lata 2011-2013, *świadczenia stomatologiczne pomocy doraźnej*, odnosiły się do 6 podmiotów, z tego 2 – publicznych i 4 – niepublicznych, w przypadku postępowań dotyczących umów na lata 2008-2010 oraz 4 podmiotów, z czego 2 - publicznych i 2 - niepublicznych, w przypadku postępowań dotyczących umów na lata 2011-2013.

W postępowaniu dotyczącym umów na lata 2008-2010 odrzucono oferty 46 podmiotów, z czego – 7 publicznych i 39 – niepublicznych, zaś w postępowaniu dotyczącym umów na lata 2011-2013 odrzucono oferty 9 podmiotów. Podstawą odrzucenia ofert

były nieokreślenie przedmiotu oferty, nie podanie liczby lub ceny świadczeń opieki zdrowotnej, złożenie oferty przez oferenta, z którym rozwiązano umowę z przyczyn leżących po jego stronie, nie przedstawienie przez oferenta wymaganych lub uzupełnionych dokumentów w obowiązującym terminie.

W związku z odrzuceniem ofert, skierowane zostały odwołania do Dyrektora Oddziału przez 16 podmiotów, z czego 3 – publicznych i 13 – niepublicznych, w przypadku postępowań dotyczących umów na lata 2008-2010 oraz przez 31 podmiotów, z czego przez 1 podmiot publiczny i 30 – podmiotów niepublicznych, w przypadku postępowań dotyczących umów na lata 2011-2013.

W wyniku przeprowadzonego postępowania odwoławczego, Dyrektor Oddziału utrzymał stanowisko komisji konkursowej, dotyczące 7 podmiotów, z tego 1 – publicznego i 6 – niepublicznego, w przypadku postępowań odnoszących się do umów na lata 2008-2010 oraz 4 podmiotów niepublicznych, w przypadku postępowań dotyczących umów na lata 2011-2013. Od decyzji tych wniesione zostały odwołania do Prezesa NFZ.

Przebieg postępowania udokumentowany został w protokołach, sporządzonych stosownie do wymagań zawartych w przepisach par. 7 *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań* (Dz. U. Nr 273, poz. 2719).

(dowód: akta kontroli str. 38-84)

W działalności Oddziału w zakresie realizacji postępowań konkursowych i negocjacji o udzielenie świadczeń w rodzaju leczenie stomatologiczne nie stwierdzono nieprawidłowości.

Ocena częściowa

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

1.3. Stosowane w Oddziale zasady przy rozliczaniu umów o świadczenia stomatologiczne, w tym stosowanie automatycznych walidacji i weryfikacji sprawozdań statystycznych miesięcznych.

Rozliczanie umów o świadczenia stomatologiczne Oddział z użyciem elektronicznego systemu automatycznych walidacji i weryfikacji miesięcznych sprawozdań świadczeniodawców o wykonanych oraz zafakturowanych świadczeniach stomatologicznych, który funkcjonował kompatybilnie z danymi w tym zakresie, w ramach innych grup świadczeń medycznych, w celu ujawniania nieprawidłowości i wskazywania uwag, odnośnie tych danych. Wyniki w systemie podlegały bieżącej aktualizacji przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Walidacji i weryfikacji, miesięcznych sprawozdań, system dokonywał z częstotliwością 2 krotnie na dobę. Zakres systemu pozwalał na sprawdzenie danych niezbędnych do zapłacenia faktur za wykonane świadczenia. W automatycznej walidacji i weryfikacji zakresy sprawdzenia określone były kodami, a tworzone komunikaty dla świadczeniodawcy, stanowiły podstawę do dokonania zmian w sprawozdaniach lub wystawionych fakturach.

W raporcie walidacji zaksięgowanych świadczeń za okres od 1 stycznia do 30 czerwca 2012 r., sprawdzeniem objęto 169 zakodowanych pozycji, wskazując w jej wyniku (*wydruk z 12 września 2012 r.*) komunikat o różnorodnych

nieprawidłowościach i uwagach odnoszących się do poszczególnych pozycji walidacji, w rezultacie czego czynione były zmiany w sprawozdaniach lub w wystawianych fakturach. Zakres tych nieprawidłowości lub uwag dotyczył m. in. braku w bazie danych płatnika wykazanego identyfikatora instalacji, istnienia innej niż wykazana wersja zestawu świadczeń, przekazywaniu dla zestawu świadczeń niedozwolonych elementów produktu, braków w danych osobowych pacjentów, - (w tym w zakresie uprawnienia do świadczeń, stałego miejsca zamieszkania lub pobytu pacjenta w kraju, braku podstawy do sfinansowania świadczenia), niepoprawnego formatu numeru prawa wykonywania zawodu lekarza, niewłaściwego rodzaju dokumentu uprawniającego do świadczeń, niedopuszczalnego dla tytułu uprawnienia kodu przyczyny głównej, braku wymaganej informacji o skierowaniu pacjenta, niepoprawnego typu identyfikatora personelu realizującego świadczenie, braku w bazie danych osoby wykonującej świadczenie, niezgodności w klasyfikacji chorób i zachorowań, nieprawidłowej krotności świadczenia w powiązaniu z przekazanym kodem specjalnego rozliczenia, braku kodu miejsca wykonania świadczenia.

W raporcie weryfikacji zaksięgowanych świadczeń za okres od 1 stycznia do 30 czerwca 2012 r., sprawdzeniu poddano 197 zakodowanych pozycji, wskazując w jej wyniku komunikat o różnorodnych nieprawidłowościach i uwagach odnoszących się do poszczególnych pozycji weryfikacji, w rezultacie czego czynione były zmiany w sprawozdaniach lub w wystawianych fakturach. Zakres tych nieprawidłowości lub uwag polegał m. in. na wpisywaniu niewłaściwych dat rejestracji zestawu świadczeń w systemie świadczeniodawcy, niewłaściwych kodów gminy, tytułów uprawnienia niezgodnych ze statusem Centralnego Wykazu Ubezpieczonych, daty wykonania zabiegu po dacie zgonu pacjenta, wykazywano nieprawidłowe dane osobowe pacjentów, suma krotności świadczeń przekraczała maksymalny czas rozliczenia nakładały się w czasie różne świadczenia wykonywane dla tych samych pacjentów, liczba wykazanych świadczeń w sprawozdaniu przekraczała liczbę świadczeń możliwych do wykonania, nie wykazywanie przyczyn głównych wykonania świadczeń, wiek pacjenta nie kwalifikował się do wykonania procedur, stosowano nieprawidłowe kody komórek organizacyjnych udzielających świadczenia, podane świadczenie wykonano u innego świadczeniodawcy.

W wyniku dokonanej w dniu 13 września 2012 r. walidacji i weryfikacji miesięcznych sprawozdań ujawniono błędy popełnione przez 10 świadczeniodawców o łącznej wartości 2.561,95 zł. Wykazana łączna wartość w sprawozdaniach 10 - świadczeniodawców w kwocie 51.993,76 zł została skorygowana do 49.431,81 zł.

W kontroli stwierdzono, że funkcjonujący system nie zapewniał agregowania występujących nieprawidłowości w sprawozdaniach statystycznych, generowanych przez świadczeniodawców. Nie ma też odrębnej aplikacji, umożliwiającej agregowanie i archiwizowanie przyczyn błędów i ich wartości, ze wskazaniem świadczeniobiorców. Również system przetwarzania wykonanych świadczeń nie zapewnia ich archiwizowania wg stanów w okresach sprawozdawczych. W ocenie Najwyższej Izby Kontroli archiwizowanie wyników walidacji i weryfikacji umożliwi zgromadzenie w okresach statystycznych bazy cennych danych do zastosowania w systemie planowania zakupu świadczeń, faktycznego ich wykonania oraz kontroli wiarygodności świadczeniodawców.

(dowód: akta kontroli str. 85-141)

W działalności Oddziału nie stwierdzono nieprawidłowości w zakresie rozliczania umów o świadczenia stomatologiczne, wykonywanego w ramach elektronicznego systemu automatycznych walidacji i weryfikacji.

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

1.4. Kontrole u świadczeniodawców w zakresie realizacji umów o świadczenia stomatologiczne.

Oddział przeprowadził 30 kontroli w 2010 r. (75 % zaplanowanych), 26 kontroli w 2011 r. (81% zaplanowanych) oraz 19 kontroli w 2012 r. (59% zaplanowanych). Ponadto wykonał kontrole doraźne, 2 w 2010 r. i 3 w 2011 r.

Niższe niż zakładał plan wykonanie liczby kontroli spowodowane było trudnościami w zatrudnieniu lekarzy stomatologów, niezbędnych do dokonania oceny merytorycznej, wykonanych gwarantowanych świadczeń stomatologicznych. Oceny tej dokonywało 2 lekarzy stomatologów, zatrudnionych na podstawie stosunku pracy, w tym kierownik działu leczenia stomatologicznego.

W wyniku przeprowadzonych kontroli osiągnięte zostały wymierne efekty finansowe. W 2010 r. stanowiły one wartość 15.097,79 zł, z czego zakwestionowane świadczenia stomatologiczne - 4.203,18 zł, kary umowne – 10.894,61 zł, w 2011 r. – 40.393,10 zł, z czego zakwestionowane świadczenia – 6.064,52 zł, kary umowne – 34.328,58 zł, zaś w 2012 r. – 22.834,39 zł, z czego zakwestionowane świadczenia stomatologiczne – 7.171,78 zł, kary umowne – 15.662,61 zł.

Efekty finansowe w wyniku kontroli planowanych przeprowadzonych w 2010 r. stanowiły 96,35 %, w 2011 r. – 39,3 %, zaś w 2012 r. – 100 % zakwestionowanych świadczeń i nałożonych kar.

Nie było przypadków rozwiązania umowy ze świadczeniodawcą w wyniku ustaleń kontrolnych.

Stwierdzone nieprawidłowości w realizacji umów sprowadzały się najczęściej do nieprzestrzegania obowiązujących zasad, przy prowadzeniu dokumentacji medycznej, w szczególności przepisów par. 8, 10 i 11 *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania* (Dz. U. z 2010 r., Nr 252, poz. 1697).

(dowód: akta kontroli str. 142-157)

W działalności Oddziału nie stwierdzono nieprawidłowości w zakresie przeprowadzonych kontroli wykonania umów o świadczenia stomatologiczne.

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie

1.5. Świadczenia stomatologiczne wykonane w latach 2010-2011 ponad limity ustalone w umowach oraz niewykonanych zakontraktowanych świadczeń stomatologicznych.

Poziom wykonania świadczeń był przedmiotem prowadzonych przez Oddział analiz, wykorzystywanych w procesie kontraktowania świadczeń, przy uwzględnieniu, w pierwszej kolejności, liczby ludności na danym terenie oraz liczby gabinetów, w ramach przyjętych kryteriów jakości i dostępności usług stomatologicznych.

Przeciętna liczba niewykonanych w 2010 r. świadczeń, przypadająca na 1 świadczeniodawcę wynosiła 3.608,7 (0,005 % limitu), natomiast liczba świadczeń wykonanych ponad limit wynosiła 3.609,3 (0,005 % limitu).

Przeciętna liczba niewykonanych w 2011 r. świadczeń, przypadająca na 1 świadczeniodawcę wynosiła 3.558 (0,004 % limitu), natomiast liczba świadczeń wykonanych ponad limit wynosiła 10.645 (0,012 % limitu).

W 2010 r. liczba niewykonanych, zakontraktowanych świadczeń stomatologicznych wynosiła 2.190.508 (2,8 % limitu) i stanowiła wartość – 2.322.832,19 zł (2,8 % limitu), przy czym odnosiła się do 192 świadczeniodawców, zaś liczba wykonanych świadczeń powyżej zakontraktowanych wynosiła 2.190.871 (2,8 limitu) i stanowiła wartość 2.581.032,65 zł (3,1 % limitu), przy czym odnosiła się do 457 świadczeniodawców.

W 2011 r. liczba niewykonanych zakontraktowanych świadczeń stomatologicznych wynosiła 2.227.270 (2,7 % limitu) i stanowiła wartość – 123.613,49 zł (0,14 % limitu), przy czym odnosiła się do 200 świadczeniodawców, zaś liczba wykonanych świadczeń powyżej zakontraktowanych wynosiła 6.664.003 (7,9 % limitu) i stanowiła wartość 7.194.990,64 zł (8,0 % limitu), przy czym odnosiła się do 489 świadczeniodawców.

W poszczególnych zakresach gwarantowanych świadczeń stomatologicznych wykonanie umów przedstawiało się następująco:

- *świadczenia ogólnostomatologiczne*; w 2010 r. liczba niewykonanych świadczeń wynosiła 1.149.753 (1,9 % limitu) i stanowiła wartość – 1.172.748,06 zł (1,9 % limitu), przy czym odnosiła się do 141 świadczeniodawców, zaś liczba wykonanych świadczeń powyżej zakontraktowanych wynosiła 1.163.675 (1,9 % limitu) i stanowiła wartość 1.186.948,50 zł (1,9 % limitu), przy czym odnosiła się do 374 świadczeniodawców. W 2011 r. liczba niewykonanych zakontraktowanych świadczeń stomatologicznych wynosiła 1.379.375 (2,2 % limitu) i stanowiła wartość – 1.404.675,57 zł (2,2 % limitu), przy czym odnosiła się do 169 świadczeniodawców, zaś liczba wykonanych świadczeń powyżej zakontraktowanych wynosiła 4.291.896 (6,7 % limitu) i stanowiła wartość 4.372.133,29 zł (6,7 % limitu), przy czym odnosiła się do 389 świadczeniodawców,

- świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia; w 2010 r. liczba niewykonanych świadczeń wynosiła 568.074 (12,2 % limitu) i stanowiła wartość – 579.435,48 zł (12,2 % limitu), przy czym odnosiła się do 20 świadczeniodawców, zaś liczba wykonanych świadczeń powyżej zakontraktowanych wynosiła 309.754 (6,6 % limitu) i stanowiła wartość 315.949,08 zł (6,6 % limitu), przy czym odnosiła się do 24 świadczeniodawców. W 2011 r. liczba niewykonanych zakontraktowanych świadczeń stomatologicznych wynosiła 371.042 (6,1 % limitu) i stanowiła wartość – 394.480,62 zł (6,1 % limitu), przy czym odnosiła się do 29 świadczeniodawców, zaś liczba wykonanych świadczeń powyżej zakontraktowanych wynosiła 256.923 (4,2 % limitu) i stanowiła wartość 272.216,73 zł (4,2 % limitu), przy czym odnosiła się do 36 świadczeniodawców,

- świadczenia ogólnostomatologiczne udzielane w znieczuleniu ogólnym; w 2010 r. liczba niewykonanych świadczeń wynosiła 251 (0,08 limitu) i stanowiła wartość – 878,50 zł (0,08 limitu), przy czym odnosiła się do 1 świadczeniodawcy, zaś liczba wykonanych świadczeń powyżej zakontraktowanych wynosiła 92.100 (28 % limitu) i stanowiła wartość 348.090 zł (28 % limitu), przy czym odnosiła się do 4 świadczeniodawców. W 2011 r. liczba niewykonanych zakontraktowanych świadczeń stomatologicznych wynosiła 134.516 (23 % limitu) i stanowiła wartość – 470.806 zł (23 % limitu), przy czym odnosiła się do 3 świadczeniodawców, zaś liczba wykonanych świadczeń powyżej zakontraktowanych wynosiła 50.577 (8,6 % limitu) i stanowiła wartość 177.019,50 zł (8,6 % limitu), przy czym odnosiła się do 3 świadczeniodawców,

- świadczenia chirurgii stomatologicznej i periodontologii; w 2010 r. liczba niewykonanych świadczeń wynosiła 374.535 (7,9 % limitu) i stanowiła wartość – 453.174,54 zł (7,9 % limitu), przy czym odnosiła się do 12 świadczeniodawców, zaś liczba wykonanych świadczeń powyżej zakontraktowanych wynosiła 268.945 (5,7 % limitu) i stanowiła wartość 327.316,46 zł (5,7 % limitu), przy czym odnosiła się do 18 świadczeniodawców. W 2011 r. liczba niewykonanych zakontraktowanych świadczeń stomatologicznych wynosiła 267.429 (5,2 % limitu) i stanowiła wartość – 326.263,38 zł (5,2 % limitu), przy czym odnosiła się do 12 świadczeniodawców, zaś liczba wykonanych świadczeń powyżej zakontraktowanych wynosiła 409.933 (7,9 % limitu) i stanowiła wartość 498.448,34 zł (7,9 % limitu), przy czym odnosiła się do 23 świadczeniodawców,

- świadczenia ortodoncji dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia; w 2010 r. liczba niewykonanych świadczeń wynosiła 22.413 (0,4 % limitu) i stanowiła wartość – 26.743,49 zł (0,4 % limitu), przy czym odnosiła się do 6 świadczeniodawców, zaś liczba wykonanych świadczeń powyżej zakontraktowanych wynosiła 299.029 (6,1 %) i stanowiła wartość 337.902,77 zł (6,1 % limitu), przy czym odnosiła się do 20 świadczeniodawców. W 2011 r. liczba niewykonanych zakontraktowanych świadczeń stomatologicznych wynosiła 12.803 (0,32 % limitu) i stanowiła wartość – 14.467,39 zł (0,32 % limitu), przy czym odnosiła się do 3 świadczeniodawców, zaś liczba wykonanych świadczeń powyżej zakontraktowanych wynosiła 942.473 (23,7 % limitu) i stanowiła wartość 1.071.074,06 zł (23,7 % limitu), przy czym odnosiła się do 10 świadczeniodawców,

- świadczenia protetyki stomatologicznej; w 2010 r. liczba niewykonanych świadczeń wynosiła 34.144 (0,9 % limitu) i stanowiła wartość – 38.582,72 zł (0,9 % limitu), przy czym odnosiła się do 11 świadczeniodawców, zaś liczba wykonanych świadczeń powyżej zakontraktowanych wynosiła 57.368 (1,6 % limitu) i stanowiła wartość 64.825,84 zł (1,6 % limitu), przy czym odnosiła się do 17 świadczeniodawców. W 2011 r. liczba niewykonanych zakontraktowanych świadczeń stomatologicznych wynosiła 33.481 (0,8 %) i stanowiła wartość – 37.833,49 zł (0,8 % limitu), przy czym odnosiła się do 5 świadczeniodawców, zaś liczba wykonanych świadczeń powyżej zakontraktowanych wynosiła 712.201 (18,2 % limitu) i stanowiła wartość 804.098,72 zł (18,2 % limitu), przy czym odnosiła się do 26 świadczeniodawców,

- świadczenia protetyki stomatologicznej dla świadczeniobiorców po chirurgicznym leczeniu nowotworów w obrębie twarzoczaszki; w 2010 r. liczba niewykonanych świadczeń wynosiła 39.438 (92,2 % limitu) i stanowiła wartość – 51.269,40 zł (92,2 % limitu), przy czym odnosiła się do 1 świadczeniodawcy. W 2011 r. liczba niewykonanych zakontraktowanych świadczeń stomatologicznych wynosiła 28.624 (79,5 % limitu) i stanowiła wartość – 37.211,20 zł (79,5 % limitu), przy czym odnosiła się do 1 świadczeniodawcy. W tych latach nie odnotowano wykonanych świadczeń powyżej limitu.

(dowód: akta kontroli str. 158-166)

W działalności Oddziału nie stwierdzono nieprawidłowości w zakresie prowadzonych przez Oddział analiz zjawiska nie wykonania przez świadczeniodawców zakontraktowanych świadczeń stomatologicznych i ich wykorzystywania w procesie kontraktowania świadczeń.

Ocena częściowa

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

1.6. Zasady płatności za świadczenia wykonane ponad limit określony w umowach.

Podstawą płatności świadczeń stomatologicznych wykonanych ponad limit były aneksy do umów na świadczenia stomatologiczne, w których dokonywano zmiany limitu, bez zmiany cen, po dokonaniu przez Oddział oceny zasadności kwalifikowania świadczeń wykazywanych do zapłaty przez świadczeniodawców.

Do Oddziału nie kierowano roszczeń o uznanie zapłaty wszystkich wykonanych ponad limit świadczeń stomatologicznych. Nie występowano również z powództwem sądowym w tym zakresie. Świadczeniodawcy podpisywali bez uwag przygotowywane przez Oddział aneksy do umów na świadczenia stomatologiczne

Na wykonaną ponad limit liczbę świadczeń stomatologicznych wynoszącą w 2010 r. - 2.190.871, do zapłaty uznano świadczenia stanowiące liczbę 1.496.142 (68,3 %). Wartość wykonanych ponad limit świadczeń stomatologicznych wynosiła w 2010 r. - 2.581.032,65 zł, do zapłaty uznano świadczenia wartości 1.830.316,27,40 zł (70,0 %).

Na wykonaną ponad limit liczbę świadczeń stomatologicznych wynoszącą w 2011 r. – 6.664.003, do zapłaty uznano świadczenia stanowiące liczbę 6.559.459 (98,4 %). Wartość wykonanych ponad limit świadczeń stomatologicznych wynosiła w 2011 r. – 7.194.990,64 zł, do zapłaty uznano świadczenia wartości 7.087.923,30 zł (98,5 %).

W poszczególnych zakresach wykonane ponad limit gwarantowane świadczenia uznano do zapłaty, w przypadku:

- *świadczeń ogólnostomatologicznych*; na wykazaną liczbę 1.163.675 wykonanych w 2010 r. świadczeń o wartości 1.186.948,50 zł, do zapłaty uznano świadczenia w liczbie 626.980 (53,8 %), które stanowiły wartość – 639.519 zł (53,8 %). Na wykazaną liczbę 4.291.896 wykonanych w 2011 r. świadczeń o wartości 4.372.133,29 zł, do zapłaty uznano świadczenia w liczbie 4.205.839 (98 %), które stanowiły wartość – 4.285.226,27 zł (98 %),

- *świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia*; na wykazaną liczbę 309.754 wykonanych w 2010 r. świadczeń o wartości 315.949 zł, do zapłaty uznano świadczenia w liczbie 279.573 (90,2 %), które stanowiły wartość – 285.164,46 zł (90,2 %). Na wykazaną liczbę 256.923 wykonanych w 2011 r. świadczeń o wartości 272.216,73 zł, do zapłaty uznano świadczenia w liczbie 245.644 (95,6 %), które stanowiły wartość – 260.743,25 zł (95,8 %),

- *świadczenia ogólnostomatologiczne udzielane w znieczuleniu ogólnym*; na wykazaną liczbę 92.100 wykonanych w 2010 r. świadczeń o wartości 348.090 zł, do zapłaty uznano świadczenia w liczbie 91.379 (99,3 %), które stanowiły wartość – 319.826,50 zł (91,9 %). Na wykazaną liczbę 50.577 wykonanych w 2011 r. świadczeń o wartości 177.019,50 zł, do zapłaty uznano świadczenia w liczbie 50.416 (99,7 %), które stanowiły wartość – 176.456 zł (99,7 %),

- *świadczenia chirurgii stomatologicznej i periodontologii*; na wykazaną liczbę 268.945 wykonanych w 2010 r. świadczeń o wartości 327.316,46 zł, do zapłaty uznano świadczenia w liczbie 253.649 (94,3 %), które stanowiły wartość – 309.451,78 zł (94,5 %). Na wykazaną liczbę 409.933 wykonanych w 2011 r. świadczeń o wartości 498.448,34 zł, do zapłaty uznano świadczenia w liczbie 408.024 (99,5 %), które stanowiły wartość – 496.120,44 zł (99,5%),

- *świadczenia ortodoncji dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia*; na wykazaną liczbę 299.029 wykonanych w 2010 r. świadczeń o wartości 337.902,77 zł, do zapłaty uznano świadczenia w liczbie 210.092 (70,2 %), które stanowiły wartość – 237.403,96 zł (70,3 %). Na wykazaną liczbę 942.473 wykonanych w 2011 r. świadczeń o wartości 1.071.074,06 zł, do zapłaty uznano świadczenia w liczbie 942.253 (99,9 %), które stanowiły wartość – 1.070.825,46 zł (99,9 %),

- *świadczenia protetyki stomatologicznej*; na wykazaną liczbę 57.368 wykonanych w 2010 r. świadczeń o wartości 64.825,84 zł, do zapłaty uznano świadczenia w liczbie 34.469 (60,1 %), które stanowiły wartość – 38.949,97 zł (60,1 %). Na wykazaną liczbę 712.201 wykonanych w 2011 r. świadczeń o wartości 804.098,72 zł, do zapłaty uznano świadczenia w liczbie 707.283 (99,3 %), które stanowiły wartość – 798.557,88 zł (99,3 %),

Wszystkie przypadki zapłaconych świadczeń stomatologicznych ponad limit wynikający z umów ustalane były przez Oddział wg jednakowych zasad i procedur, określonych w zarządzeniach Dyrektora Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie zasad sporządzania karty obiegu umowy/aneksu o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. Podstawą zawartych tam zasad i procedur była ocena wymaganego kwalifikowania świadczeń wnioskowanych do zapłaty przez świadczeniodawców. W pierwszej kolejności aneksowano umowy dotyczące świadczeń deficytowych, tj. w zakresie ortodoncji i chirurgii stomatologicznej przy czym sprawdzano prawidłowość zawnieksowanych kwot, zgodnie z par. 20 i 21 ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, wykorzystywano informacje o wielkości posiadanych środków finansowych, o długości średniego czasu oczekiwania na świadczenie u wnioskodawcy oraz na danym terenie (gmina, powiat, województwo), o wpływie zmian na dalszą realizację umowy, a także wykorzystywano wyniki przeprowadzonych kontroli oraz sposób załatwienia wcześniejszych wniosków o zmianę umowy.

(dowód: akta kontroli str. 158-160, 167)

W działalności Oddziału nie stwierdzono nieprawidłowości w zakresie zapłaty przez Oddział za wykonane świadczenia stomatologiczne ponad limit ustalony w umowach.

Ocena częściowa

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

1.7. Niewykonane świadczenia stomatologiczne w latach 2010-2011.

Wartość niewykonanych świadczeń stomatologicznych, w podziale na poszczególne zakresy gwarantowanych świadczeń stomatologicznych, przedstawiono w poniższej tabeli.

Rodzaj/ zakres świadczenia	Koszty wykonanych świadczeń /w zł/		% wykonania planu		Wartość niewykonanych świadczeń /w tys. zł/		% niewykonanych świadczeń w porównaniu do planu	
	2010 r.	2011 r.	2010 r.	2011 r.	2010 r.	2011 r.	2010 r.	2011 r.
Ogółem leczenie stomatologiczne w tym zakresy:	82.224.689,56	93.072.850,71	99,30	98,73	581,20	1.196,22	0,70	1,27
1. Świadczenia ogólnostomatologiczne;	60.593.145,90	67.873.804,40	100,58	99,76	-	166,49	-	0,24
2. Świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia;	4.472.841,78	6.264.571,95	99,49	99,78	22,80	13,60	0,51	0,24
3. Świadczenia ogólnostomatologiczne udzielane w znieczuleniu ogólnym;	1.469.860,00	1.762.113,50	98,89	98,70	16,44	23,21	1,11	1,30
4. Świadczenia stomatologiczne dla świadczeniobiorców z grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych, w tym chorych na AIDS	Brak umowy	Brak umowy	-	-	-	-	-	-
5. Świadczenia chirurgii stomatologicznej i periodontologii;	5.574.897,92	6.421.657,16	99,04	99,78	54,17	14,22	0,96	0,22
6. Świadczenia ortodoncji dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia	5.879.558,84	5.555.701,67	101,55	99,92	-	4,59	-	0,08

7. Świadczenia protetyki stomatologicznej;	4.230.069,12	5.185.413,23	100,58	99,95	-	2,52	-	0,05
8. Świadczenia protetyki stomatologicznej dla świadczeniobiorców po chirurgicznym leczeniu nowotworów w obrębie twarzoczaszki	4.316,00	9.588,80	56,08	100,00	3,38	-	43,92	-
9. Świadczenia stomatologicznej pomocy doraźnej*	950.000,00	971.600,00	100,00	100,00	-	-	-	-
10. Profilaktyczne świadczenia stomatologiczne dla dzieci do ukończenia 6. roku życia**	-	-	-	-	-	-	-	-
11. Profilaktyczne świadczenia stomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19. roku życia**	-	-	-	-	-	-	-	-

* Świadczenia stomatologicznej pomocy doraźnej rozliczane są ryczałtem

** Profilaktyczne świadczenia stomatologiczne dla dzieci do ukończenia 6. roku życia i profilaktyczne świadczenia stomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19. roku życia ujęte są w świadczeniach ogólnostomatologicznych oraz ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia (Zarządzenie nr 59/2009 Prezesa NFZ z dnia 2 listopada 2009r. i zarządzenie nr 55/2010 Prezesa NFZ z dnia 14 września 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia stomatologicznego.

W ramach działań doraźnych, Oddział po każdym kwartale dokonywał analizy wykonania świadczeń, zarówno co do danego zakresu, jak i do poszczególnych świadczeniodawców. Nie pełna realizacja umowy wynikała z liczby pacjentów korzystających z gwarantowanych świadczeń stomatologicznych oraz okresowych przerw w działalności świadczeniodawcy spowodowanych absencją chorobową, stażem specjalizacyjnym oraz innymi zdarzeniami losowymi. Okoliczności te powodowały działania zmierzające do aneksowania umów, w celu zmniejszenia wartości świadczeń stomatologicznych na przestrzeni roku kalendarzowego. Zmiany umów podlegały negocjacji w zakresie wypracowania konsensusu. W ramach aneksów dokonywano przesunięć pomiędzy zakresami świadczeń, w celu bilansowania łącznej wartości umów. Działania długofalowe polegały na uwzględnianiu wykonanych wartości przy planowaniu zakupu świadczeń na następny rok.

Nie wykorzystane środki na gwarantowane świadczenia stomatologiczne wynoszące w 2010 r. 1.360 tys. zł przeniesiono ze stomatologii do innych pozycji planu finansowego, w szczególności na sfinansowanie świadczeń zrealizowanych w ramach migracji (

oraz do pozycji refundacja cen leków.

Nie wykorzystane środki na gwarantowane świadczenia stomatologiczne wyniosły w 2011 r. 4.390 tys. zł i zostały przeniesione ze stomatologii do pozycji refundacja cen leków.

Działania w zakresie zmiany przeznaczenia środków finansowych zapewniły wyeliminowanie zagrożenia przekroczenia planu finansowego w pozycji refundacja cen leków.

(dowód: akta kontroli str. 31-37, 168)

W działalności Oddziału nie stwierdzono nieprawidłowości w zakresie podejmowanych działań doraźnych i długofalowych w związku z niewykonywaniem umów przez świadczeniodawców.

Ocena cząstkowa

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

2. Dostępność usług stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych, szczególnie dla dzieci i młodzieży.

2.1. Liczba i wartość zakontraktowanych świadczeń stomatologicznych.

Opis stanu
faktycznego

Zakontraktowane świadczenia stomatologiczne poddawano bieżącym analizom dostosowując ilości i wartości świadczeń do zapotrzebowania przez świadczeniobiorców, z uwzględnieniem poszczególnych zakresów gwarantowanych świadczeń stomatologicznych oraz posiadanych środków finansowych.

Liczba zakontraktowanych w 2009 r. świadczeń stomatologicznych, po zmianach, wynosiła 92.513.414, zaś ich wartość 98.252.124,56 zł i dotyczyła 2.101.732, mieszkańców, w tym 2.033.025 ubezpieczonych i uprawnionych do świadczeń. Przeciętnie na 1 mieszkańca w województwie podkarpackim przypadły świadczenia zakontraktowane po zmianach w ilości 44, zaś o wartości 46,8 zł. Liczba świadczeniobiorców wynosiła 442.165, zaś wartość świadczeń zapłaconych - 94.631.001,17 zł (*stan na 25 września 2012 r.*). Przeciętnie na 1 świadczeniobiorcę przypadły świadczenia zapłacone o wartości 214,01 zł. W zakresach świadczeń, w przypadku:

- *świadczeń ogólnostomatologicznych*; liczba zakontraktowanych świadczeń stomatologicznych wynosiła 72.219.994, zaś ich wartość 73.664.393,88 zł. Przeciętnie na 1 mieszkańca województwa podkarpackiego przypadły zakontraktowane świadczenia w ilości 34,4, o wartości 35 zł. Liczba świadczeniobiorców wynosiła 354.651, o wartość świadczeń zapłaconych wyniosła 72.371.739,54 zł. Przeciętnie na 1 świadczeniobiorcę przypadły świadczenia zapłacone o wartości 204,06 zł,

- *świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia*; liczba zakontraktowanych świadczeń stomatologicznych wynosiła 5.757.011, zaś ich wartość 5.872.151,22 zł. Przeciętnie na 1 mieszkańca w wieku do 18. roku życia w województwie podkarpackim przypadły zakontraktowane świadczenia w ilości 12,4, o wartości 12,7 zł. Liczba świadczeniobiorców wynosiła 32.401, zaś wartość świadczeń zapłaconych wyniosła 5.259.817,68 zł. Przeciętnie na 1 świadczeniobiorcę przypadły świadczenia zapłacone o wartości 162,33 zł,

- *świadczenia ortodoncji dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia*; liczba zakontraktowanych świadczeń wynosiła 5.171.911, zaś ich wartość 5.850.559,43 zł. Przeciętnie na 1 mieszkańca w wieku do 18. roku życia w województwie podkarpackim przypadły świadczenia w ilości 11,16, o wartości 12,63 zł. Liczba świadczeniobiorców wynosiła 5.117.661, zaś wartość świadczeń zapłaconych wyniosła 5.788.390,33 zł. Przeciętnie na 1 świadczeniobiorcę przypadły świadczenia zapłacone o wartości 278,95 zł.

Liczba zakontraktowanych w 2010 r. świadczeń stomatologicznych, po zmianach, wynosiła 77.476.189 (83,7 % zakontraktowanej w 2009 r.), zaś ich wartość 82.805.885,32 zł (84,2 % z 2009 r.) i dotyczyła 2.103.505, mieszkańców, w tym 2.041.242 ubezpieczonych i uprawnionych do świadczeń. Przeciętnie na 1 mieszkańca w województwie podkarpackim przypadły świadczenia zakontraktowane po zmianach w ilości 36,83, o wartości 39,37 zł. Liczba świadczeniobiorców wynosiła 412.558, zaś wartość świadczeń zapłaconych – 81.463.470,11 zł (*stan na 25 września 2012 r.*). Przeciętnie na 1 świadczeniobiorcę przypadły świadczenia zapłacone o wartości 197,44 zł.

W zakresach świadczeń, w przypadku:

- świadczeń ogólnostomatologicznych; liczba zakontraktowanych świadczeń stomatologicznych wynosiła 59.060.398, zaś ich wartość 60.241.605,96 zł. Przeciętnie na 1 mieszkańca województwa podkarpackiego przypadały zakontraktowane świadczenia w ilości 28,1 o wartości 28,6 zł. Liczba świadczeniobiorców wynosiła 58.843.288, zaś wartość świadczeń zapłaconych wyniosła 60.020.153,73 zł. Przeciętnie na 1 świadczeniobiorcę przypadały świadczenia zapłacone o wartości 183,86 zł,

- świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia; liczba zakontraktowanych świadczeń stomatologicznych wynosiła 4.407.495, zaś ich wartość 4.495.644,90 zł. Przeciętnie na 1 mieszkańca w wieku do 18. roku życia w województwie podkarpackim przypadały zakontraktowane świadczenia w ilości 9,77, o wartości 9,96 zł. Liczba świadczeniobiorców wynosiła 30.830, zaś wartość świadczeń zapłaconych wyniosła 4.439.162,40 zł. Przeciętnie na 1 świadczeniobiorcę przypadały świadczenia zapłacone o wartości 144 zł,

- świadczenia ortodoncji dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia; liczba zakontraktowanych świadczeń stomatologicznych wynosiła 5.119.037, zaś ich wartość 5.789.867,58 zł. Przeciętnie na 1 mieszkańca w wieku do 18. roku życia w województwie podkarpackim przypadały świadczenia w ilości 11,35, o wartości 12,83 zł. Liczba świadczeniobiorców wynosiła 20.141, zaś wartość świadczeń zapłaconych wyniosła 5.778.544,75 zł. Przeciętnie na 1 świadczeniobiorcę przypadały świadczenia zapłacone o wartości 286,90 zł.

Liczba zakontraktowanych w 2011 r. świadczeń stomatologicznych, po zmianach, wynosiła 88.066.825 (113,7 % zakontraktowanej w 2010 r.), zaś ich wartość 94.269.073,78 zł (113,8 % wartości z 2010 r.) i dotyczyła 2.128.687 mieszkańców, w tym 2.035.168 ubezpieczonych i uprawnionych do świadczeń. Przeciętnie na 1 mieszkańca w województwie podkarpackim przypadały świadczenia zakontraktowane po zmianach w ilości 41,4, o wartości 44,3 zł. Liczba świadczeniobiorców wynosiła 430.888, zaś wartość świadczeń zapłaconych – 93.044.876,52 zł (stan na 25 września 2012 r.). Przeciętnie na 1 świadczeniobiorcę przypadały świadczenia zapłacone o wartości 215,94 zł.

W zakresach świadczeń, w przypadku:

- świadczeń ogólnostomatologicznych; liczba zakontraktowanych świadczeń stomatologicznych wynosiła 66.813.394, zaś ich wartość 68.040.291,45 zł. Przeciętnie na 1 mieszkańca województwa podkarpackiego przypadały zakontraktowane świadczenia w ilości 31,4 o wartości 32,00 zł. Liczba świadczeniobiorców wynosiła 66.648.940, zaś wartość świadczeń zapłaconych wyniosła 67.873.423,24 zł. Przeciętnie na 1 świadczeniobiorcę przypadały świadczenia zapłacone o wartości 200,80 zł,

- świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia; liczba zakontraktowanych świadczeń stomatologicznych wynosiła 5.931.700, zaś ich wartość 6.278.172,28 zł. Przeciętnie na 1 mieszkańca w wieku do 18. roku życia w województwie podkarpackim przypadały zakontraktowane świadczenia w ilości 12,25, o wartości 12,96 zł. Liczba świadczeniobiorców wynosiła 35.859, zaś wartość świadczeń zapłaconych wyniosła 6.251.518,46 zł. Przeciętnie na 1 świadczeniobiorcę przypadały świadczenia zapłacone o wartości 174,3 zł,

- świadczenia ortodoncji dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia; liczba zakontraktowanych świadczeń stomatologicznych wynosiła 4.915.231,

zaś ich wartość 5.560.290,60 zł. Przeciętnie na 1 mieszkańca w wieku do 18. roku życia w województwie podkarpackim przypadają świadczenia w ilości 10,15, o wartości 14,5 zł. Liczba świadczeniobiorców wynosiła 17.512, zaś wartość świadczeń zapłaconych wyniosła 5.555.440,64 zł. Przeciętnie na 1 świadczeniobiorcę przypadają świadczenia zapłacone o wartości 317,24 zł.

W kontroli stwierdzono, że na 21 powiatów ziemskich, w 10 powiatach, tj. brzozowskim, krośnieńskim, bieszczadzkim, lubaczowskim, łańcuckim, przemyskim, przeworskim, ropczycko-sędziszowskim, rzeszowskim i tamobrzeskim nie zawarto umów o wykonywanie świadczeń w zakresie ortodoncji dla dzieci i młodzieży z uwagi na brak lekarzy stomatologów, tej specjalności. Wprawdzie problem został złagodzony poprzez możliwość korzystania z gabinetów wykonujących świadczenia w tym zakresie w sąsiednich powiatach ziemskich, a także wszystkich powiatach grodzkich, niemniej jednak stwarza to trudności zważywszy zarówno dostępność przestrzenną, organizacyjną oraz osiągalność kształtowaną zarówno przez wielkość i strukturę zasobów znajdujących się w dyspozycji tych gabinetów. Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia zatem decyzję Dyrektora Oddziału o wprowadzeniu preferencyjnych cenowych stawek (podwyższonych) za przedmiotowe świadczenia w celu zachęcenie lekarzy stomatologów tej specjalności do zawierania umów o wykonanie świadczeń z zakresu ortodoncji dla dzieci i młodzieży.

W działalności Oddziału nie stwierdzono nieprawidłowości w opisanym wyżej zakresie.

Ocena częściowa

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

(dowód: akta kontroli str. 169-248)

2.2. Nadzór i kontrola systemu profilaktycznej opieki stomatologicznej nad dziećmi i młodzieżą.

Opis stanu faktycznego

W świetle art. 67 ust. 1 pkt 4 *ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. Nr 139, poz. 1133)* organy prowadzące szkoły publiczne zobowiązane zostały do zapewnienia warunków sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej.

Profilaktyczną opiekę zdrowotną, prowadzono w ramach podstawowej opieki zdrowotnej finansowanej przez Oddział, stosownie do art. 27 ust. 1 pkt 4 i 6 *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*.

Oddział finansował profilaktyczną opiekę zdrowotną wykonywaną w szkołach przez pielęgniarki i higienistki, funkcjonujące w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, wg *Programu profilaktyki fluorkowej dla uczniów klas I-VI*.

Inicjatywę w zakresie finansowania wykonywanych procedur profilaktycznych wykazywały higienistki szkolne, z którymi zawierane były stosowne umowy, po uwzględnieniu zapotrzebowania na fluor, na danym terenie.

W 2009 r. procedury profilaktyki fluorkowej wykonano w 1.052 szkołach, funkcjonujących w 154 gminach, obejmując nimi 126.196 uczniów, przy czym Oddział poniósł nakłady w wysokości 467.747,70 zł.

W 2010 r. procedury profilaktyki fluorkowej wykonano w 1.034 szkołach, funkcjonujących w 157 gminach, obejmując nimi 127.683 uczniów, przy czym Oddział poniósł nakłady w wysokości 460.422,30 zł.

W 2011 r. procedury profilaktyki fluorkowej wykonano w 991 szkołach, funkcjonujących w 156 gminach, obejmując nimi 125.963 uczniów, przy czym Oddział poniósł nakłady w wysokości 484.554,40 zł.

Do 31 sierpnia 2012 r. procedury profilaktyki fluorkowej wykonano w 977 szkołach, funkcjonujących w 158 gminach, obejmując nimi 128.323 uczniów, przy czym Oddział poniósł nakłady w wysokości 453.986,10 zł.

(dowód: akta kontroli str.256)

Profilaktyką obejmowano w 2010, 2011 i 2012 r. (stan na 31 sierpnia) dzieci do ukończenia 6 roku życia oraz dzieci i młodzież do ukończenia 19 roku życia, w ramach gwarantowanych świadczeń stomatologicznych. Zakresem profilaktycznych świadczeń stomatologicznych w:

- 2010 r. objęto 1376 dzieci w 6 miesiącu życia, w 12 miesiącu życia, w 2 roku życia, w 4 roku życia, w 5 roku życia i w 6 roku życia, przy czym wartość tych świadczeń wynosiła 84.120,42 zł. Również profilaktycznym leczeniem stomatologicznym objęto 3.726 dzieci i młodzież do 19 roku życia, tj. w 7 roku życia, 10 roku życia, 12 roku życia, 13 roku życia, 16 roku życia i 19 roku życia, przy czym wartość tych świadczeń wyniosła 167.357,52 zł,

- 2011 r. objęto 3.032 dzieci w 9 miesiącu życia, w 12 miesiącu życia, w 2 roku życia, w 4 roku życia, w 5 roku życia i w 6 roku życia, przy czym wartość tych świadczeń wynosiła 195.663,36 zł. Również profilaktycznym leczeniem stomatologicznym objęto 6.696 dzieci i młodzież do 19 roku życia, tj. w 7 roku życia, 10 roku życia, 12 roku życia, 13 roku życia, 16 roku życia i 19 roku życia, przy czym wartość tych świadczeń wyniosła 308.801,52 zł,

- 2012 r. (stan na 31 sierpnia) objęto 2.474 dzieci w 9 miesiącu życia, w 12 miesiącu życia, w 2 roku życia, w 4 roku życia, w 5 roku życia i w 6 roku życia, przy czym wartość tych świadczeń wynosiła 119.305,33 zł. Również profilaktycznym leczeniem stomatologicznym objęto 4.689 dzieci i młodzież do 19 roku życia, tj. w 7 roku życia, 10 roku życia, 12 roku życia, 13 roku życia, 16 roku życia i 19 roku życia, przy czym wartość tych świadczeń wyniosła 172.269,24 zł.

Udział dzieci i młodzieży objętej tą profilaktyką wynosił od 1,13 % w 2010 r. do 1,48 % w 2012 r.

Zakres i terminy świadczeń przeprowadzano stosownie do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (Dz. U. Nr 140, poz. 1144, ze zm.), w związku z par. 2 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. Nr 139, poz. 1133).

(dowód: akta kontroli str. 249-255)

W działalności Oddziału nie stwierdzono nieprawidłowości przy kontraktowaniu i finansowaniu systemu profilaktycznej opieki stomatologicznej nad dziećmi i młodzieżą.

Ocena cząstkowa

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

2.3. Przekazywanie Wojewodzie Podkarpackiemu informacji o świadczeniodawcach udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w środowisku nauczania i wychowania.

Opis stanu
faktycznego

Oddział, po zawarciu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w środowisku nauczania i wychowania, przekazywał Wojewodzie Podkarpackiemu informacje o świadczeniodawcach sprawujących profilaktyczną opiekę nad uczniami, o której mowa w art. 27 ust. 3 *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych*.

Informacje dotyczyły stanu za 2009 r., 2010 r. 2011 r. i 2012 r. i obejmowały liczbę świadczeniodawców, liczby miejsc udzielania uczniom profilaktycznych świadczeń zdrowotnych oraz liczby uczniów objętych profilaktyczną opieką zdrowotną.

Zakres odpowiadał wymaganiom wynikającym z *Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą*.

W 2009r. profilaktyczną opieką objęto 329.159 uczniów w 408 miejscach, w tym w 58 szkołach, w 2010 r. 317.337 uczniów w 419 miejscach, w tym w 62 szkołach, zaś w 2011 r. 311.347 uczniów, w 402 miejscach, w tym w 59 szkołach.

(dowód: akta kontroli str. 248- 256)

W działalności Oddziału nie stwierdzono nieprawidłowości w zakresie wywiązywania się z obowiązku przekazywania informacji o świadczeniodawcach sprawujących profilaktyczną opiekę nad uczniami.

Ocena częściowa

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

IV. Uwagi i wnioski

Uwagi wymagają braki lekarzy stomatologów o specjalności w zakresie ortodoncji dla dzieci i młodzieży. Problem ten, wg Najwyższej Izby Kontroli, wymaga zintensyfikowanej współpracy Oddziału z organizacjami samorządowymi, w tym z korporacją lekarzy stomatologów oraz ośrodkami pozarządowymi, w celu pozyskiwania lekarzy tej specjalności.

Również uwagi wymaga brak, w elektronicznym systemie walidacji i weryfikacji, aplikacji agregującej i archiwizującej uzyskiwane w tym systemie wyniki oceny, składanych przez świadczeniodawców sprawozdań, poprzedzających wystawienie faktury za wykonane świadczenia. Wg Najwyższej Izby Kontroli instalacja takiej aplikacji, umożliwi zgromadzenie bazy cennych danych do zastosowania w planowaniu zakupu świadczeń oraz planowaniu kontroli faktycznego ich wykonania.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Rzeszów

27 listopada 2012 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Rzeszowie

Dyrektor
Stanisław Sikora

Kontroler
Marian Skrabalak
Główny specjalista kontroli państwowej

.....
Podpis

.....
Podpis