



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Rzeszowie

LRZ – 4101-06-01/2013
P/13/129

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/13/129 – Dostępność świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Rzeszowie
Kontroler	Roman Tadla, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 86278 z dnia 26 kwietnia 2013 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Podkarpacki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Rzeszowie, ul. Zamkowa 8, 35-032 Rzeszów
Kierownik jednostki kontrolowanej	Grażyna Hejda, dyrektor (dowód: akta kontroli str. 3)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Uzasadnienie oceny ogólnej

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie¹ działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

Po wprowadzeniu zmian organizacyjnych w systemie udzielania świadczeń pomocy doraźnej w godzinach nocnych oraz w dni wolne od pracy, Podkarpacki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, zwany dalej POW NFZ lub Oddziałem, podjął działania, które zapewniły dostęp do tych świadczeń wszystkim uprawnionym osobom, zamieszkującym na terenie województwa podkarpackiego. Dyrektor Oddziału zrealizował obowiązek określony przez Prezesa NFZ i ustalił obszary zabezpieczenia świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (NiŚOZ). Obszary te obejmowały wszystkie gminy województwa podkarpackiego. Istotne dysproporcje w gęstości zaludnienia na obszarze województwa uniemożliwiły jednak ustalenie tych obszarów w sposób zapewniający wszystkim mieszkańcom województwa jednakową odległość do miejsca udzielania świadczeń i zarazem, tak aby zbliżona liczba mieszkańców przypadła na jeden zespół udzielający świadczeń.

Umowy o udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na wszystkich obszarach zabezpieczenia zawarte zostały przez POW NFZ od dnia 1 marca 2011 r., skutkiem czego świadczeniobiorcy uzyskali możliwość otrzymania ww. świadczeń według nowych zasad, w terminie określonym przez Prezesa NFZ.

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli, przyjęcie przez POW NFZ, iż składowymi miesięcznego ryczału za gotowość do udzielania świadczeń NiŚOZ jest kwota wynikająca z minimalnej, wymaganej liczby zespołów lekarzy i pielęgniarek udzielających świadczeń NiŚOZ na danym obszarze zabezpieczenia, a także kwota wynikająca z liczby osób zamieszkałych na tym obszarze, pozwoliło na obiektywne ustalenie ich wysokości na etapie planowania ryczałtów. Proporcja stawek ryczałtów do liczby mieszkańców na obszarze zabezpieczenia ulegała jednak zmianie

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

w sytuacji uzyskania – w wyniku negocjacji prowadzonych z niektórymi oferentami – niższych cen za gotowość do udzielania świadczeń NiŚOZ.

Umowy o udzielanie świadczeń NiŚOZ zawarto w wyniku postępowań na wybór świadczeniodawców, które Oddział przeprowadził w trybach określonych w ustawie 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.), zwanej dalej ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej. Postępowania te przeprowadzono zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań (Dz. U. Nr 173, poz. 2719), a także zgodnie z obowiązującą w Narodowym Funduszu Zdrowia *Procedurą konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* – wersja 5.6 z dnia 30 sierpnia 2010 r. Stwierdzone w kontroli nieprawidłowości w zakresie oceny formalnej ofert złożonych w 2 spośród 22 zbadanych postępowań nie spowodowały sytuacji rozstrzygnięcia tych postępowań z naruszeniem zasad uczciwej konkurencji i nie miały wpływu na wynik postępowań.

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli POW NFZ sprawował właściwy nadzór nad realizacją świadczeń NiŚOZ. W latach 2011 – 2012 przeprowadzono kontrole 7 świadczeniodawców udzielających świadczeń na 8 obszarach zabezpieczenia. W 2013 roku Oddział dokonał wizytacji 14 świadczeniodawców realizujących NiŚOZ na 15 obszarach zabezpieczenia. W przypadkach stwierdzenia istotnych nieprawidłowości w realizacji świadczeń NiŚOZ, świadczeniodawcy karani byli finansowo.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Skuteczność zabezpieczenia dostępności świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej

Opis stanu
faktycznego

Na terenie objętym działaniem POW NFZ ustalono 26 obszarów zabezpieczenia NiŚOZ. Zgodnie z informacją zawartą w piśmie Prezesa NFZ z dnia 28 października 2010 r., obszary te ustalono w oparciu o zasięg terytorialny rejonów operacyjnych określonych w wojewódzkim planie zabezpieczenia ratownictwa medycznego na 2010 r., z uwzględnieniem wielkości populacji zamieszkującej te rejon. Uwzględniono także dane uzyskane w wyniku dokonanej przez Oddział analizy terytorialnej dotyczącej świadczeniodawców, którzy w 2010 r. realizowali nocną i świąteczną opiekę medyczną na podstawie oświadczeń świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej. Piętnaście obszarów zabezpieczenia NiŚOZ, obejmujących obszar 15 powiatów województwa podkarpackiego, zostało ustalonych zgodnie z zasięgiem terytorialnym rejonów operacyjnych ratownictwa medycznego. Zasięg terytorialny 2 obszarów zabezpieczenia NiŚOZ na terenie powiatu krośnieńskiego ustalono odmiennie w stosunku do zasięgu funkcjonujących w tym powiecie 2 rejonów ratownictwa medycznego. Dla Rzeszowa ustalono jeden obszar zabezpieczenia NiŚOZ, a na terenie rzeszowskiego powiatu ziemskiego – dwa takie obszary. Tereny te stanowiły jeden rejon operacyjny ratownictwa medycznego. Dwa obszary zabezpieczenia NiŚOZ zostały utworzone na terenie powiatu jasielskiego, który stanowił jeden rejon operacyjny ratownictwa medycznego. W wyniku ww. analizy, zasięg 2 obszarów zabezpieczenia na terenie powiatu tarnobrzeskiego ustalono odmiennie w stosunku do zasięgu

funkcjonujących w tym powiecie 2 rejonów ratownictwa medycznego. W wyniku tej analizy, obszary zabezpieczenia na terenie powiatu sanockiego i leskiego nie zostały ustalone w granicach każdego z tych powiatów. Jeden obszar zabezpieczenia obejmował powiat leski oraz 2 gminy powiatu sanockiego, a drugi obszar obejmował powiat sanocki, z wyłączeniem tych gmin.

(dowód: akta kontroli str. 4-25)

Dyrektor POW NFZ ustalił 4 obszary zabezpieczenia NiŚOZ o populacji do 50 tys. mieszkańców, 16 obszarów zabezpieczenia o populacji do 100 tys. mieszkańców, 5 obszarów zabezpieczenia o populacji do 150 tys. mieszkańców oraz 1 obszar zabezpieczenia o populacji powyżej 150 tys. mieszkańców. Obszary zabezpieczenia NiŚOZ obejmowały teren wszystkich gmin województwa podkarpackiego. Przy kontraktowaniu świadczeń od dnia 1 marca 2011 r., wielkość populacji przyjmowano według stanu w dniu 31 grudnia 2009 r. Na czterech obszarach zabezpieczenia o populacji do 50 tys. mieszkańców zamieszkiwało – odpowiednio – 22.001, 24.983, 30.273 oraz 44.446 osób. Na obszarach zabezpieczenia o populacji do 100 tys. osób zamieszkiwało od 56.811 do 89.706 osób. Na pięciu obszarach zabezpieczenia o populacji do 150 tys. mieszkańców zamieszkiwało – odpowiednio – 107.815, 121.654, 133.244, 133.986 oraz 137.620 osób. Na obszarze zabezpieczenia o populacji powyżej 150 tys. mieszkańców (obszarze Rzeszowa) zamieszkiwało 172.770 osób. Przy kontraktowaniu świadczeń od dnia 1 marca 2013 r. wielkość populacji przyjmowano według stanu w dniu 31 grudnia 2010 r. Na obszarach zabezpieczenia do 50 tys. mieszkańców zamieszkiwało 21.990, 25.010, 30.263 oraz 44.501 osób, na obszarach zabezpieczenia do 100 tys. mieszkańców zamieszkiwało od 56.681 do 89.618 osób, na obszarze zabezpieczenia do 150 tys. mieszkańców zamieszkiwało 107.470, 121.433, 133.517, 134.045 oraz 137.473 osób, a na obszarze zabezpieczenia powyżej 150 tys. mieszkańców (obszarze Rzeszowa) – 178.227 osób.

(dowód: akta kontroli str. 4-8)

Zgodnie z normami określonymi w § 8 zarządzenia nr 85/2010/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 23 grudnia 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, zwanego dalej zarządzeniem Prezesa NFZ nr 85/2010, wybrani przez POW NFZ świadczeniodawcy zobowiązani byli do utworzenia ogółem 55 zespołów dyżurujących (1 lekarz, 1 pielęgniarka) na wszystkich 26 obszarach zabezpieczenia NiŚOZ, z czego: 1 zespołu na każdym z 4 obszarów zabezpieczenia o populacji do 50 tys. mieszkańców, 2 zespołów na każdym z 16 obszarów zabezpieczenia o populacji do 100 tys. mieszkańców, 3 zespołów na każdym z 5 obszarów zabezpieczenia o populacji do 150 tys. mieszkańców oraz 4 zespołów na obszarze zabezpieczenia o populacji powyżej 150 tys. mieszkańców – obszarze Rzeszowa. Przy uwzględnieniu tych norm, po zakontraktowaniu świadczeń NiŚOZ od dnia 1 marca 2011 r., na 1 zespół dyżurujący przypadało: w obszarach zabezpieczenia do 50 tys. mieszkańców – od 22.001 do 44.446 osób, w obszarach zabezpieczenia do 100 tys. mieszkańców – od 28.405 do 44.853 osób, w obszarach zabezpieczenia do 150 tys. mieszkańców – od 35.938 do 45.873 osób, a w obszarze zabezpieczenia powyżej 150 tys. mieszkańców – 43.192 osób. Po zakontraktowaniu ww. świadczeń od dnia 1 marca 2013 r., na 1 zespół dyżurujący przypadało: w obszarach zabezpieczenia do 50 tys. mieszkańców – od 21.990 do 44.501 osób, w obszarach zabezpieczenia do 100 tys. mieszkańców – od 28.405 do 44.853 osób, w obszarach zabezpieczenia do 150 tys. mieszkańców – od 35.983 – 44.662 osób, a w obszarze zabezpieczenia powyżej 150 tys. mieszkańców – 44.556 osób.

(dowód: akta kontroli str. 4-25, 26-35)

Dziewięciu spośród oferentów wybranych w wyniku postępowań przeprowadzonych w ramach kontraktowania świadczeń od dnia 1 marca 2011 r., zwanego dalej pierwszym kontraktowaniem, zadeklarowało w ofertach udzielanie świadczeń przez co najmniej 1 dodatkowy zespół lekarza i pielęgniarki. W ofertach złożonych w ramach kontraktowania świadczeń od dnia 1 marca 2013 r., zwanego dalej drugim kontraktowaniem, deklaracje takie złożyło 11 spośród wybranych oferentów. Przy uwzględnieniu tych deklaracji, po pierwszym zakontraktowaniu, świadczenia NiŚOZ udzielane powinny być przez 64 zespoły, z czego na obszarach zabezpieczenia: do 50 tys. mieszkańców – przez 4 zespoły, do 100 tys. mieszkańców – przez 39 zespołów, do 150 tys. mieszkańców – przez 16 zespołów, powyżej 150 tys. mieszkańców – przez 5 zespołów. Po drugim zakontraktowaniu, świadczenia udzielane powinny być przez 66 zespołów, z czego na obszarach zabezpieczenia: do 50 tys. mieszkańców – przez 4 zespoły, na obszarach zabezpieczenia do 100 tys. mieszkańców – przez 40 zespołów, na obszarach zabezpieczenia do 150 tys. mieszkańców – przez 17 zespołów, na obszarze zabezpieczenia powyżej 150 tys. mieszkańców – przez 5 zespołów.

(dowód: akta kontroli str. 40-41)

W okresie od 1 marca 2011 r. do 28 lutego 2013 r., na dwóch obszarach zabezpieczenia do 100 tys. mieszkańców, świadczenia NiŚOZ udzielane były w dwóch miejscach na każdym z tych obszarów, a na pozostałych obszarach zabezpieczenia – w jednym miejscu. Od dnia 1 marca 2013 r. zespoły dyżurujące na obszarze zabezpieczenia powyżej 150 tys. mieszkańców (obszarze Rzeszowa) udzielały świadczeń w dwóch miejscach, a na pozostałych obszarach zabezpieczenia świadczenia udzielane były w jednym miejscu. Liczby i siedziby miejsc udzielania świadczeń NiŚOZ ustalane były przez świadczeniodawców i poddawane w ofertach. Po zakontraktowaniu świadczeń NiŚOZ od 1 marca 2011 r., 16 miejsc udzielania tych świadczeń zlokalizowano w szpitalach (w tym w 6 szpitalach posiadających szpitalne oddziały ratunkowe), 8 miejsc udzielania świadczeń zlokalizowano w przychodniach, a 4 miejsca udzielania świadczeń – w innych pomieszczeniach. Po zakontraktowaniu świadczeń od 1 marca 2013 r., 18 miejsc udzielania świadczeń zlokalizowano w szpitalach (w tym w 6 szpitalach posiadających szpitalne oddziały ratunkowe), 8 miejsc udzielania świadczeń zlokalizowano w przychodniach, a 1 miejsce udzielania świadczeń – w innym pomieszczeniu.

(dowód: akta kontroli str. 28-35, 42-43)

Ze względu na zróżnicowaną gęstość zaludnienia w województwie podkarpackim, wystąpiły dysproporcje w rozlokowaniu miejsc udzielania świadczeń NiŚOZ. We wschodnich – najrzadziej zaludnionych – powiatach województwa (lubaczowskim, bieszczadzkim, leskim, przemyskim) świadczenia NiŚOZ udzielane były w 1 miejscu na obszarach zabezpieczenia o powierzchni od 1.139 km² do 1.450 km². W obszarze o największej gęstości zaludnienia (centralnym obszarze województwa – powiecie rzeszowskim i łańcuckim), od dnia 1 marca 2013 r. świadczenia udzielane były w 5 miejscach na 4 obszarach zabezpieczenia, a łączna powierzchnia tych powiatów (wraz z powierzchnią Rzeszowa) wynosiła 1.725 km².

(dowód: akta kontroli str. 37-39, 42-43)

Przed dniem 1 marca 2011 r., na obszarze województwa podkarpackiego świadczenia pomocy doraźnej w nocy i w dni wolne od pracy udzielane były przez:

- 5 świadczeniodawców, którzy udzielali nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej,
- 5 zespołów świadczeniodawców, którzy udzielali nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w ramach zawartych ze sobą porozumień,

- 6 świadczeniodawców, którzy udzielali ambulatoryjnej i wyjazdowej opieki lekarskiej oraz ambulatoryjnej i wyjazdowej opieki pielęgniarstwa,
- 14 świadczeniodawców, którzy udzielali ambulatoryjnej i wyjazdowej opieki lekarskiej oraz ambulatoryjnej opieki pielęgniarstwa,
- 2 świadczeniodawców, którzy udzielali ambulatoryjnej opieki lekarskiej oraz ambulatoryjnej i wyjazdowej opieki pielęgniarstwa,
- 2 świadczeniodawców, którzy udzielali ambulatoryjnej opieki lekarskiej,
- 1 świadczeniodawcę, który udzielał wyjazdowej opieki lekarskiej,
- 2 świadczeniodawców, którzy udzielali ambulatoryjnej opieki pielęgniarstwa
- 265 podmiotów, które udzielały wyjazdowej opieki pielęgniarstwa

(dowód: akta kontroli str. 46-64)

Na obszarze 15 spośród 21 powiatów ziemskich województwa oraz 1 spośród 4 miast na prawach powiatu, liczby oraz terytorialne rozmieszczenie miejsc udzielania świadczeń NiŚOZ były tożsame z liczbami oraz terytorialnym rozmieszczeniem miejsc, w których przed dniem 1 marca 2011 r. udzielane były świadczenia nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej oraz ambulatoryjnej opieki pielęgniarstwa. Świadczeniodawcy, którzy przed dniem 1 marca 2011 r. udzielali ww. świadczeń, realizowali również nocną i świąteczną wyjazdową opiekę lekarską, a 6 spośród nich – także wyjazdową opiekę pielęgniarstwa. Zarówno przed zmianami organizacyjnymi w systemie udzielania świadczeń w nocy i święta jak i po wprowadzeniu zmian, na obszarach tych powiatów świadczenia udzielane były przez tych samych świadczeniodawców. Także w jednym miejscu świadczenia udzielane były na obszarze powiatu sanockiego, przy czym przed dniem 1 marca 2011 r. świadczenia nocnej i świątecznej opieki medycznej udzielane były przez zespół 8 świadczeniodawców, którzy zawarli porozumienie w tej sprawie, a po ww. dniu – przez 1 świadczeniodawcę wybranego w wyniku konkursu. Na obszarach tych 17 powiatów, świadczenia wyjazdowej opieki pielęgniarstwa udzielane były przez ogółem 195 podmiotów.

(dowód: akta kontroli str. 28-35, 42-43, 46-64)

Po dniu 1 marca 2011 r., zwiększeniu uległa liczba miejsc udzielania świadczeń na obszarze powiatu krośnieńskiego. Do dnia 1 marca 2011 r. świadczenia ambulatoryjnej i wyjazdowej opieki lekarskiej oraz ambulatoryjnej opieki pielęgniarstwa udzielane były przez 1 świadczeniodawcę w Krośnie, a po tym dniu – w związku z ustaleniem dwóch obszarów zabezpieczenia w tym powiecie – świadczenia NiŚOZ udzielane były w Krośnie oraz w jednej z miejscowości tego powiatu. Do dnia 1 marca 2011 r. świadczenia wyjazdowej opieki pielęgniarstwa udzielane były przez 23 podmioty z terenu powiatu krośnieńskiego.

(dowód: akta kontroli str. 28-35, 42-43, 46-64)

Na obszarach pozostałych powiatów, tj. 2 powiatów ziemskich wraz z miastami na prawach powiatu (rzeszowskiego z miastem Rzeszowem i przemyskiego z miastem Przemyślem) oraz powiatu jasielskiego i lubaczowskiego, liczba miejsc udzielania świadczeń uległa zmniejszeniu. W Rzeszowie i powiecie rzeszowskim, świadczenia NiŚOZ udzielane były – do dnia 28 lutego 2013 r. – w 3 miejscach, a po tym dniu w 4 miejscach. Przed dniem 1 marca 2011 r., 2 świadczeniodawców udzielało świadczeń nocnej i świątecznej opieki medycznej, 5 świadczeniodawców – ambulatoryjnej opieki lekarskiej, 5 świadczeniodawców – ambulatoryjnej opieki pielęgniarstwa, 1 świadczeniodawca – wyjazdowej opieki lekarskiej, a wyjazdową opiekę pielęgniarstwa świadczyło 19 podmiotów. W Przemyśle i powiecie przemyskim, świadczenia NiŚOZ udzielane są w 1 miejscu. Przed dniem 1 marca 2011 r., 2 świadczeniodawców udzielało ambulatoryjnej opieki lekarskiej,

2 świadczeniodawców – wyjazdowej opieki lekarskiej, 1 świadczeniodawca – ambulatoryjnej opieki pielęgniarstwa, a świadczenia wyjazdowej opieki pielęgniarstwa świadczyło 20 podmiotów. W powiecie jasielskim świadczenia NiSOZ udzielane są w 2 miejscowościach (2 miejscach). W tych samych miejscowościach świadczenia udzielane były przed 1 marca 2011 r., lecz realizowane były w 3 miejscach przez 3 zespoły świadczeniodawców działających na mocy porozumień. W powiecie lubaczowskim świadczenia NiSOZ udzielane są w 1 miejscu, a przed dniem 1 marca 2011 r. świadczenia nocnej i świątecznej opieki medycznej udzielane były w 4 miejscach (w 3 miejscach w Lubaczowie oraz w Narolu).

(dowód: akta kontroli str. 28-35, 42-43, 46-64)

Do dnia zakończenia kontroli, do POW NFZ nie wpłynęły skargi spowodowane utrudnioną dostępnością do świadczeń NiSOZ, po wprowadzeniu zmian organizacyjnych w systemie ich udzielania. Inne skargi związane z udzielaniem tych świadczeń omówiono w punkcie 3 niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

(dowód: akta kontroli str. 65-66)

W uzasadnieniu do projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej określono, że wprowadzane zmiany w organizacji udzielania świadczeń opieki zdrowotnej poza godzinami pracy określonymi w umowach o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej mają na celu poprawę udzielania tych świadczeń. Podano także, iż dostępność do tego rodzaju świadczeń ograniczona była poprzez brak jednoznacznej informacji o zakresie i podmiotach udzielających świadczeń, realizowanie ich przez personel obowiązany w tym samym czasie do udzielania innych rodzajów świadczeń, wykorzystywanie do nich zespołów ratownictwa medycznego. Określono także, iż po wprowadzeniu zmian NFZ będzie miał możliwość wyboru najkorzystniejszej z ofert złożonych w postępowaniu konkursowym, a tym samym wpłynie na konkurencyjność wśród świadczeniodawców, co przyczyni się do podwyższenia jakości udzielanych świadczeń i zwiększenia ich dostępności dla świadczeniobiorców. Planowane rozwiązania mają na celu zastąpienie obecnego modelu kontraktowania nocnej i świątecznej opieki lekarskiej, której funkcjonowanie zostało zdiagnozowane jako dysfunkcyjne (powodujące w szczególności przerzucanie kosztów na wyższe poziomy referencyjne systemu ochrony zdrowia), nowym modelem ryczałtowego kontraktowania pomocy doraźnej.

(dowód: akta kontroli str. 67-70)

POW NFZ informował świadczeniobiorców o nowych zasadach udzielania świadczeń NiSOZ poprzez publikacje zamieszczane w prasie, środkach masowego przekazu oraz na stronie internetowej Oddziału. W lutym i marcu 2011 r., artykuły prasowe dotyczące zmian w systemie organizacji doraźnej opieki zdrowotnej w nocy oraz w dni wolne od pracy, opublikowane zostały ogółem w 15 wydaniach 3 dzienników o zasięgu regionalnym. Audycje informacyjne nadawane były w TVP Rzeszów (3 audycje), Radiu Rzeszów (5 audycji) oraz Radiu Via (1 audycja). W dniach 6 i 25 marca 2011 r., dyżur informacyjny w Radiu Rzeszów pełnili pracownicy Oddziału. W dniu 1 marca 2011 r., na stronie internetowej POW NFZ zamieszczono *Komunikat dla ubezpieczonych dotyczący nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej*, w którym zostały przekazane informacje o zakresie tych świadczeń oraz terminach ich realizacji. Zamieszczano także zestawienia danych dotyczących świadczeniodawców udzielających tych świadczeń (nazwy świadczeniodawców, adres ich siedziby, adres miejsca udzielania świadczeń, numery telefonów) oraz mapę województwa podkarpackiego z określonymi granicami obszarów zabezpieczenia. W opisie do mapy podano, iż przy udzielaniu tych świadczeń nie obowiązuje rejonizacja, a pacjent ma prawo do skorzystania z opieki ambulatoryjnej

u każdego ze świadczeniodawców wykazanych w zestawieniach. W okresie przeprowadzania niniejszej kontroli informacja o podmiotach realizujących świadczenia NiŚOZ – zawierająca ww. dane świadczeniodawców i miejsc udzielania świadczeń – zamieszczona była na internetowej stronie startowej POW NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 71-73)

Od dnia 1 marca 2011 r. do dnia 30 kwietnia 2013 r., lekarze realizujący świadczenia NiŚOZ w województwie podkarpackim udzielili łącznie 489.710 porad. Średnia miesięczna liczba porad lekarskich, przypadająca na lekarza w 1 zespole dyżurującym, wynosiła 342. W okresie od 1 marca 2011 r. do 31 grudnia 2011 r., lekarze udzielili 181.753 porady (średnia miesięczna 330 porad), w 2012 r. – 235.702 porady (średnia miesięczna 357 porad), a w okresie od 1 stycznia 2013 r. do 30 kwietnia 2013 r. – 72.255 porad (średnia miesięczna 328 porad). W okresie od 1 marca 2011 r. do 30 kwietnia 2013 r., pielęgniarki udzieliły na obszarze województwa podkarpackiego łącznie 457.021 świadczeń w ramach NiŚOZ. Średnia miesięczna liczba świadczeń pielęgniarskich, przypadająca na pielęgniarkę w 1 zespole dyżurującym, wynosiła 320. W okresie od 1 marca 2011 r. do 31 grudnia 2011 r., pielęgniarki udzieliły 174.161 świadczeń (średnia miesięczna 317 świadczeń), w 2012 r. – 208.014 świadczeń (średnia miesięczna – 315 świadczeń), a w okresie od 1 stycznia 2013 r. do 30 kwietnia 2013 r. – 74.846 świadczeń (średnia miesięczna 340 świadczeń).

(dowód: akta kontroli str. 74-76)

W okresie od 1 marca 2011 r. do 30 kwietnia 2013 r., w ramach NiŚOZ realizowanej na obszarze województwa podkarpackiego, lekarze udzielili dzieciom łącznie 189.857 porad (średnio miesięcznie 7.302 porady), z czego: dzieciom do 1 roku życia 19.415 porad (średnio miesięcznie 747 porad), dzieciom od 1 roku życia do 3 lat – 62.128 porad (średnio miesięcznie 2.386 porad), a dzieciom od 3 lat do 18 roku życia – 108.314 porad (średnio miesięcznie 4.165 porad). W ww. okresie, w ramach NiŚOZ, lekarze wykonali ogółem 38.216 wizyt domowych (średnio w miesiącu 1.470 wizyt), w tym na wezwania do dzieci 5.402 wizyty (średnio w miesiącu 208 wizyt). W okresie 10 miesięcy 2011 r. lekarze wykonali 12.368 wizyt, w tym na wezwania do dzieci 1.224 wizyty, w 2012 r. – 21.958 wizyt (na wezwania do dzieci 3.686 wizyt), a w okresie pierwszych 4 miesięcy 2013 r. – 3.890 wizyt (na wezwania do dzieci 492 wizyty). Porady lekarskie udzielone od dnia 1 marca 2011 r. do 30 kwietnia 2013 r., w ramach NiŚOZ, dotyczyły najczęściej chorób układu oddechowego (186.878 porad), chorób układu krążenia (33.476 porad), chorób układu trawiennego (28.628 porad), chorób układu nerwowego (17.196 porad), chorób układu kostno – stawowego i mięśniowego (13.073 porady) oraz porad związanych z urazami i skaleczeniami (16.572 porady).

(dowód: akta kontroli str. 77-80)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie² działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

² Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen cząstkowych dotyczących działalności w badanym obszarze: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny cząstkowej według proponowanej skali byłoby niemożliwe lub nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, należy zastosować ocenę opisową.

2. Efektywność kontraktowania i finansowania świadczeń udzielanych w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej

Opis stanu faktycznego

Termin ogłoszenia przez Prezesa NFZ kryteriów oceny ofert w postępowaniach konkursowych dotyczących nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (23 grudnia 2010 r.) nie miał wpływu na realizację przez POW NFZ zadań związanych z przeprowadzeniem tych postępowań. Pani Grażyna Hejda – dyrektor Oddziału – wyjaśniła, że *termin ten pozwolił na zapoznanie się z zapisami ogłoszonego kryterium zarówno przez komisję jak i świadczeniodawców chcących wziąć udział w konkursie (...) oraz dał możliwość na ogłoszenie w odpowiednim czasie i prawidłowe przeprowadzenie postępowania konkursowego.*

(dowód: akta kontroli str. 81-82)

Badaniem objęto 22 spośród 52 postępowań (42 %) przeprowadzonych w celu wyboru świadczeniodawców realizujących NiŚOZ na obszarach zabezpieczenia ustalonych w województwie podkarpackim. Zbadano 12 postępowań przeprowadzonych w ramach pierwszego kontaktowania ww. świadczeń oraz 10 postępowań przeprowadzonych w ramach drugiego kontraktowania tych świadczeń. W postępowaniach o udzielanie, od dnia 1 marca 2011 r., świadczeń NiŚOZ na obszarze zabezpieczenia odpowiadającym powiatowi ropczycko – sędziszowskiemu oraz na obszarze zabezpieczenia odpowiadającym powiatowi przeworskiemu, oferenci (SP ZOZ w Ropczycach oraz SP ZOZ w Przeworsku) nie zostali wezwani do usunięcia niżej wymienionych braków formalnych w ofertach. Osoba uprawniona do reprezentowania SP ZOZ w Ropczycach nie potwierdziła za zgodność z oryginałem załączonej do oferty kopii polisy OC, wszystkich stron kopii odpisu z KRS oraz księgi rejestrowej świadczeniodawcy. Osoba uprawniona do reprezentowania SP ZOZ w Przeworsku nie potwierdziła za zgodność z oryginałem kopii: statutu ZOZ oraz uchwały Rady Społecznej ZOZ w sprawie zmian w statucie, odpisu z KRS, polisy OC, księgi rejestrowej ZOZ, a także nie podpisała stron oferty, na których zamieszczono kopie tych dokumentów. Komisja wezwała SP ZOZ w Przeworsku do opatrzenia wszystkich stron oferty kolejnymi numerami i potwierdziła dokonanie tej czynności, pomimo że numerami nie zostały opatrzone wyszczególnione powyżej kopie dokumentów. Komisja konkursowa wezwała SP ZOZ w Ropczycach do podpisania każdej strony oferty przez osobę uprawnioną do reprezentowania oferenta oraz do opatrzenia stron oferty kolejnym numerem i potwierdziła dokonanie tych czynności, pomimo że nie wszystkie braki w ofertach zostały usunięte. Kopie polisy OC, odpisu z KRS, księgi rejestrowej ZOZ, statutu ZOZ, uchwały Rady Społecznej przy ZOZ w sprawie uchwalenia statutu ZOZ, uchwały Rady Powiatu Ropczycko – Sędziszowskiego w sprawie zatwierdzenia statutu ZOZ nie zostały podpisane przez osobę uprawnioną do reprezentowania ZOZ w Ropczycach. Czterdzieści trzy strony oferty (strony księgi rejestrowej) nie posiadały numeru – strony te zostały pominięte w kolejności numeracji stron oferty.

(dowód: akta kontroli str. 83-85)

Pozostałe zbadane postępowania – w sprawdzonym zakresie – przeprowadzono zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań, a także zgodnie z obowiązującą w NFZ Procedurą konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – wersja 5.6 z dnia 30 sierpnia 2010 r. Za

wyjątkiem ww. 2 ofert, oferty wybrane w zbadanych postępowaniach przeprowadzonych w ramach pierwszego kontraktowania spełniały wymagania określone w zarządzeniu nr 49/2010/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 31 sierpnia 2010 r. *w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*. Oferty wybrane we wszystkich zbadanych postępowaniach przeprowadzonych w ramach drugiego kontraktowania spełniały wymagania określone w zarządzeniu nr 46/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 16 września 2011 r. *w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*.

(dowód: akta kontroli str. 86-130)

We wszystkich zbadanych sprawach, wybrani oferenci określili w swoich ofertach, iż spełniają – oraz będą spełniać od początku obowiązywania umowy – warunki realizacji świadczeń NiSOZ, określone w załączniku nr 3 do zarządzenia nr 85/2010/DSOZ Prezesa NFZ, tj. wymagania dotyczące personelu, wymagania lokalowe oraz wymagania dotyczące wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny, podane w części II ust. 1 – 3 załącznika nr 5 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej* (Dz. U. Nr 139, poz. 1139 ze zm.).

(dowód: akta kontroli str. 131-136)

W postępowaniach na wybór świadczeniodawców NiSOZ na obszarach zabezpieczenia odpowiadających północnej i południowej części powiatu rzeszowskiego – przeprowadzonych w ramach pierwszego kontraktowania – złożone zostały po 2 oferty, w tym oferty ZOZ nr 2 w Rzeszowie. Oferentów zaproszono do negocjacji, w których niższe ceny za udzielanie świadczeń NiSOZ (109.000 zł oraz 96.000 zł miesięcznie) ustalono z konkurentami ww. świadczeniodawcy. Z datą 18 lutego 2011 r. sporządzono protokoły końcowe z negocjacji, w których określono, że zawierają one ostateczne stanowiska stron procesie negocjacji co do ilości i ceny. Sporządzone zostały rankingi końcowe, w których określono, iż na pierwszych pozycjach znalazły się oferty konkurentów ZOZ nr 2 w Rzeszowie. Sporządzono także protokoły z posiedzenia komisji w części niejawnej, gdzie podano, iż w postępowaniach wybrano oferty tych świadczeniodawców. W postępowaniu na wybór świadczeniodawcy na obszarze północnej części powiatu rzeszowskiego, z datą 22 lutego 2011 r. sporządzono ponownie protokoły końcowe z negocjacji. Niższą cenę za udzielanie świadczeń określono w protokole z negocjacji z ZOZ nr 2 w Rzeszowie (ryczałt miesięczny w wysokości 104.000 zł). W postępowaniu na wybór świadczeniodawcy na obszarze zabezpieczenia odpowiadającym południowej części powiatu rzeszowskiego sporządzono protokół końcowy z negocjacji wyłącznie z ZOZ nr 2 w Rzeszowie, w którym cenę za gotowość do udzielania świadczeń ustalono w wysokości 95.800 zł, tj. o 200 zł niższej niż cena ustalona z drugim oferentem w dniu 18 lutego 2011 r. Z datą 22 lutego 2011 r. sporządzono ponownie rankingi końcowe w których określono, iż na pierwszych pozycjach znalazły się oferty ZOZ nr 2 w Rzeszowie oraz protokoły z posiedzenia komisji w części niejawnej, gdzie podano iż oferty te zostały wybrane w postępowaniach. Dokumentacja postępowań nie zawierała informacji o ponownym zaproszeniu oferentów na negocjacje.

(dowód: akta kontroli str. 440-470)

Pani Grażyna Hejda – dyrektor POW NFZ – wyjaśniła, że ZOZ nr 2 w Rzeszowie, w dniu 21 lutego 2011 r., telefonicznie poinformował komisję o chęci przystąpienia do dalszych negocjacji, pomimo podpisania wcześniej protokołu. POW NFZ także telefonicznie poinformował pozostałych oferentów o tych negocjacjach, ponieważ w dniu 22 lutego 2011 r. upływał termin rozstrzygnięcia konkursów, a przepisy – na podstawie których przeprowadza się postępowania konkursowe – nie formalizują

sposobu zapraszania oferentów na negocjacje. Drugi ze świadczeniodawców, który złożył ofertę w postępowaniu na udzielanie świadczeń na obszarze południowej części powiatu rzeszowskiego nie przystąpił do ponownych negocjacji. Mimo wcześniejszego ustalenia stanowisk stron, ponowne negocjacje przeprowadzono, ponieważ rolą komisji – zgodnie z art. 142 ust. 5 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej – jest wynegocjowanie z oferentem odpowiedniej ceny tak, aby osiągnąć najkorzystniejszy bilans ceny do przedmiotu zamówienia i uzyskać gwarancję wyboru najkorzystniejszej oferty pod względem merytorycznym i ekonomicznym.

(dowód: akta kontroli str. 137-144)

W okresie objętym kontrolą, o udzielanie świadczeń NiŚOZ ubiegało się ogółem 42 świadczeniodawców. O udzielanie tych świadczeń od dnia 1 marca 2011 r. ubiegało się 37 świadczeniodawców, a od dnia 1 marca 2013 r. – 32 świadczeniodawców, z czego 27 świadczeniodawców, którzy ubiegali się także o udzielanie świadczeń w pierwszym kontraktowaniu oraz 5 „nowych” świadczeniodawców. Komisja konkursowa przeprowadziła 14 kontroli oferentów, w tym 12 kontroli u tych oferentów, którzy przed dniem 1 marca 2011 r. nie udzielali świadczeń w nocy oraz w dni wolne od pracy, w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Pani Grażyna Hejda – dyrektor POW NFZ – wyjaśniła, że zgodnie z zapisami procedury konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, komisja przeprowadzała kontrole obligatoryjnie u oferentów, którzy dotychczas nie mieli zawartej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem w zakresie, na który została złożona oferta.

(dowód: akta kontroli str. 145-154)

Komisja konkursowa nie żądała od oferentów dostarczenia dokumentów potwierdzających spełnianie warunków realizacji świadczeń, określonych dla świadczeniodawców NiŚOZ. We wszystkich 52 postępowaniach komisja wzywała oferentów do wyjaśnienia elementów spornych w przedstawionych w ofertach harmonogramach pracy personelu – poprzez przedstawienie dokumentów potwierdzających prawidłowość złożonych ofert – lub do zmiany ofert w częściach spornych. W przypadku braku dokumentów wymaganych w ofertach, komisja wzywała do ich uzupełnienia.

(dowód: akta kontroli str. 148-152)

W czterech postępowaniach przeprowadzonych w ramach pierwszego kontraktowania odrzucono ogółem 6 ofert. Trzy oferty zostały odrzucone ponieważ oferenci nie przedstawili w nich – oraz nie uzupełnili w terminie – wszystkich wymaganych dokumentów. Po jednej ofercie odrzucono ze względu na: nieuzupełnienie w terminie braków formalnych oferty, przedstawienie przez oferenta rażąco niskiej ceny w stosunku do przedmiotu zamówienia, niespełnianie warunków określonych w przepisach prawa oraz w przepisach określonych przez Prezesa NFZ na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (świadczeniodawca oferował udzielanie świadczeń tylko dla części populacji z obszaru zabezpieczenia). W postępowaniach przeprowadzonych w ramach drugiego kontraktowania nie odrzucono żadnej oferty.

(dowód: akta kontroli str. 148-152)

W celu udzielania świadczeń NiŚOZ, w okresie objętym kontrolą, wybrano 52 oferty – po 26 ofert w pierwszym oraz drugim kontraktowaniu. Ogółem wybrane zostały oferty 27 podmiotów, z czego: 22 podmiotów publicznych i 5 podmiotów niepublicznych. Zarówno w pierwszym jak i w drugim kontraktowaniu wybrano oferty 24 podmiotów, z czego 20 publicznych i 4 niepublicznych. W drugim kontraktowaniu

wybrano oferty 21 świadczeniodawców, którzy udzielali świadczeń także od dnia 1 marca 2011 r. (18 publicznych, 3 niepublicznych) oraz oferty 3 „nowych” świadczeniodawców (2 publicznych, 1 niepublicznego).

(dowód: akta kontroli str. 155-158)

W trakcie wszystkich postępowań na wybór świadczeniodawców NiŚOZ – przeprowadzonych w okresie objętym kontrolą – oferenci nie złożyli do komisji konkursowej protestów, w związku z czynnościami podejmowanymi w ramach tych postępowań. Dziesięciu świadczeniodawców wniosło do dyrektora Oddziału odwołania od rozstrzygnięć 9 postępowań konkursowych z czego: 5 świadczeniodawców odwołało się od rozstrzygnięć 3 postępowań przeprowadzonych w ramach pierwszego kontraktowania, a 5 świadczeniodawców odwołało się od rozstrzygnięć 6 postępowań przeprowadzonych w ramach drugiego kontraktowania. Dyrektor POW NFZ oddalił 9 odwołań od rozstrzygnięć 8 postępowań. W sześciu oddalonych odwołaniach, odwołujący się wskazywali na prowadzenie postępowań bez zachowania zasady uczciwej konkurencji, czego skutkiem był wybór oferentów, którzy – według odwołujących się – nie spełniali warunków wymaganych od świadczeniodawców realizujących NiŚOZ. W odwołaniach tych oferenci stwierdzali o prowadzeniu postępowań bez zachowania zasady równego traktowania oferentów, nie podając konkretnych sytuacji lub wskazując np. przeprowadzenie kontroli wyłącznie u odwołującego się. W pozostałych 3 oddalonych odwołaniach wskazywano na nierzetelną ocenę oferty odwołującego się, nieuzasadnione odrzucenie oferty (oferent określił w ofercie, iż zapewni świadczenia NiŚOZ dla części populacji zamieszkującej na obszarze zabezpieczenia), błędy w przyjętych przez Fundusz założeniach organizacji systemu udzielania świadczeń NiŚOZ. W uzasadnieniu decyzji o oddaleniu odwołań wskazywano, iż zgodnie z postanowieniami art. 152 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej środki odwoławcze przysługują świadczeniodawcom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez NFZ zasad przeprowadzania postępowań. W decyzjach stwierdzano, że komisja konkursowa nie naruszyła tych zasad, oraz że wybrane zostały oferty, które uzyskały największą liczbę punktów. Dyrektor POW NFZ uwzględnił w części odwołanie od rozstrzygnięcia 1 postępowania i zarządził ponowne przeprowadzenie oceny ofert. W 2013 r., dwóch świadczeniodawców złożyło odwołania do Prezesa NFZ, który utrzymał w mocy zaskarżone decyzje dyrektora Oddziału.

(dowód: akta kontroli str. 159-303)

W postępowaniach przeprowadzonych w ramach pierwszego kontraktowania świadczeń NiŚOZ, 18 oferentów zgłosiło, iż świadczeń tych udzielać będzie dodatkowo co najmniej 1 lekarz i co najmniej 1 pielęgniarka, ponad wymagane, minimalne liczby na obszarze zabezpieczenia. Oferenci ci złożyli oferty na udzielanie świadczeń na ogółem 11 obszarach zabezpieczenia: 1 obszarze o populacji powyżej 150.000 osób, 2 obszarach o populacji do 150.000 osób, oraz 8 obszarach o populacji do 100.000 osób. Ze świadczeniodawcami, którzy zgłosili udział dodatkowego zespołu lekarsko – pielęgniarskiego zawarte zostały umowy na udzielanie ww. świadczeń na 9 obszarach zabezpieczenia. W postępowaniach prowadzonych w ramach drugiego kontraktowania świadczeń NiŚOZ, 15 oferentów zgłosiło, iż świadczeń tych udzielać będzie dodatkowo co najmniej 1 lekarz i co najmniej 1 pielęgniarka, ponad wymagane, minimalne liczby na obszarach zabezpieczenia. Oferenci ci złożyli oferty na udzielanie świadczeń na 11 obszarach zabezpieczenia, z czego: na 1 obszarze zabezpieczenia powyżej 150.000 osób, na 3 obszarach zabezpieczenia o populacji do 150.000 osób oraz na 7 obszarach o populacji do 100.000 osób. Ze świadczeniodawcami, którzy zgłosili dodatkowy zespół lekarsko – pielęgniarski zawarto umowy na udzielanie świadczeń na

wszystkich 11 obszarach zabezpieczenia. Ogółem, gotowość udziału co najmniej 1 dodatkowego zespołu lekarsko – pielęgniarskiego (ponad wymaganą, minimalną liczbę na obszarach zabezpieczenia) została zgłoszona przez oferentów w 22 postępowaniach na udzielanie świadczeń NiŚOZ, przeprowadzonych w okresie objętym kontrolą. W wyniku 20 postępowań, umowy o udzielanie świadczeń zawarto z takim oferentami.

(dowód: akta kontroli str. 159-162)

W ofercie 1 spośród 37 świadczeniodawców, którzy przystąpili do postępowań w ramach pierwszego kontraktowania świadczeń NiŚOZ określono, iż świadczenia te wykonywać będzie także lekarz posiadający specjalizację w dziedzinie medycyny ratunkowej oraz lekarze posiadający specjalizację lub będący w trakcie specjalizacji w dziedzinie pediatrii i chorób wewnętrznych. Lekarza o specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej oraz lekarzy o specjalizacji w dziedzinie chorób wewnętrznych zgłosił także inny z oferentów. Ze świadczeniodawcami tymi zawarto umowy o udzielanie ww. świadczeń. Dwudziestu czterech oferentów zgłosiło, iż wśród lekarzy udzielających świadczeń będą lekarze posiadający specjalizację lub będący w trakcie specjalizacji w dziedzinie pediatrii i chorób wewnętrznych. Z szesnastoma spośród nich zawarto umowy o udzielanie świadczeń NiŚOZ na osiemnastu obszarach zabezpieczenia. Dziesięciu oferentów zgłosiło, że świadczenia udzielane będą – między innymi – przez lekarzy posiadających specjalizację lub będących w trakcie specjalizacji w dziedzinie chorób wewnętrznych. Oferenci ci nie zgłosili lekarzy o specjalizacji – lub będących w trakcie specjalizacji – w dziedzinie pediatrii. Z sześcioma spośród nich zawarto umowy o udzielanie świadczeń NiŚOZ na sześciu obszarach zabezpieczenia, przy czym w postępowaniach o udzielanie świadczeń na tych obszarach złożono po jednej ofercie. Jeden z oferentów zgłosił, że świadczenia będą udzielane – między innymi – przez lekarza posiadającego specjalizację w dziedzinie pediatrii, a nie zgłosił lekarzy o specjalizacji w dziedzinie chorób wewnętrznych. Z oferentem tym nie została zawarta umowa o udzielanie świadczeń NiŚOZ.

(dowód: akta kontroli str. 304-309)

Siedmiu spośród 32 oferentów, którzy przystąpili do postępowań w ramach drugiego kontraktowania świadczeń NiŚOZ zgłosiło, iż świadczenia te wykonywać będą także lekarze posiadający specjalizację lub będący w trakcie specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej, pediatrii i chorób wewnętrznych. Z pięcioma spośród nich zawarto umowy o udzielanie ww. świadczeń na 6 obszarach zabezpieczenia. Jeden oferent zgłosił, iż świadczenia wykonywać będzie – między innymi – lekarz o specjalizacji w dziedzinie chorób wewnętrznych oraz lekarz będący w trakcie specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej. Oferent ten nie zgłosił lekarza o specjalizacji – lub będącego w trakcie specjalizacji – w dziedzinie pediatrii. Z oferentem tym zawarto umowę o udzielanie ww. świadczeń, przy czym w postępowaniu – w którym brał udział ten oferent – wpłynęła tylko jego oferta. Dwudziestu dwóch oferentów zgłosiło, iż wśród lekarzy udzielających świadczeń będą lekarze o specjalizacji lub będący w trakcie specjalizacji w dziedzinie pediatrii i chorób wewnętrznych. Z szesnastoma spośród nich zawarto umowy o udzielanie świadczeń na 17 obszarach zabezpieczenia. Dwóch oferentów zgłosiło, że świadczenia udzielane będą – między innymi – przez lekarzy posiadających specjalizację lub będących w trakcie specjalizacji w dziedzinie chorób wewnętrznych. Oferenci ci nie zgłosili lekarzy o specjalizacji – lub będących w trakcie specjalizacji – w dziedzinie pediatrii. Z oferentami tymi zawarto umowy o udzielanie świadczeń na 2 obszarach zabezpieczenia, przy czym w postępowaniach o udzielanie świadczeń na tych obszarach wpłynęło po 1 ofercie.

(dowód: akta kontroli str. 310-315)

Świadczeniodawcy wybrani w postępowaniach przeprowadzonych w ramach pierwszego kontraktowania zgłosili udział 80 lekarzy posiadających specjalizację w dziedzinie pediatrii oraz 7 lekarzy będących w trakcie specjalizacji w tej dziedzinie. Świadczeniodawcy wybrani w postępowaniach przeprowadzonych w ramach drugiego kontraktowania zgłosili udział 73 lekarzy posiadających specjalizację w dziedzinie pediatrii oraz 35 lekarzy będących w trakcie specjalizacji w tej dziedzinie.

(dowód: akta kontroli str. 307-309, 313-315)

W postępowaniach przeprowadzonych w ramach pierwszego kontraktowania świadczeń NiŚOZ, 37 oferentów złożyło 40 ofert. Dwudziestu czterech oferentów, w 25 ofertach na udzielanie świadczeń na 20 obszarach zabezpieczenia oświadczyło, że w miejscu udzielania świadczeń zapewnia diagnostykę laboratoryjną oraz RTG. Umowy o udzielanie świadczeń na 19 obszarach zabezpieczenia zawarto z 19 oferentami, którzy w miejscu udzielania świadczeń zapewniali wykonywanie tych badań. W postępowaniach przeprowadzonych w ramach drugiego kontraktowania świadczeń NiŚOZ, 32 oferentów złożyło 36 ofert. Dwudziestu pięciu oferentów, w 25 ofertach na udzielanie świadczeń na 20 obszarach zabezpieczenia oświadczyło, że w miejscu udzielania świadczeń zapewnia diagnostykę laboratoryjną oraz RTG. Z oferentami zapewniającymi te badania zawarto umowy o udzielanie świadczeń na 20 obszarach zabezpieczenia.

(dowód: akta kontroli str. 316-321)

W postępowaniach przeprowadzonych w ramach pierwszego kontraktowania, 35 spośród 37 oferentów oświadczyło w ofertach, że przy udzielaniu świadczeń zapewnią transport sanitarny oraz gotowość użytkowania samochodu osobowego. Jeden oferent oświadczył, że zapewni wyłącznie transport sanitarny, a jeden – wyłącznie gotowość użytkowania samochodu osobowego. Umowy o udzielanie świadczeń na 25 obszarach zabezpieczenia zawarto z 23 świadczeniodawcami, którzy zapewniali transport sanitarny i gotowość użytkowania samochodu osobowego, a na 1 obszarze zabezpieczenia – ze świadczeniodawcą, który zapewniał wyłącznie transport sanitarny. W postępowaniach przeprowadzonych w ramach drugiego kontraktowania, 27 spośród 32 oferentów oświadczyło w ofertach, że przy udzielaniu świadczeń zapewni transport sanitarny oraz gotowość użytkowania samochodu osobowego. Pięciu oferentów oświadczyło, że przy udzielaniu świadczeń zapewni wyłącznie transport sanitarny. Umowy o udzielanie świadczeń na 21 obszarach zabezpieczenia zawarto z 19 świadczeniodawcami, którzy zapewniali transport sanitarny oraz gotowość użytkowania samochodu osobowego, a na 5 obszarach zabezpieczenia – z 5 świadczeniodawcami, którzy zapewnili wyłącznie transport sanitarny.

(dowód: akta kontroli str. 316-321)

O udzielanie świadczeń NiŚOZ ubiegać się mógł każdy podmiot leczniczy. W ogłoszeniach o konkursach ofert na udzielanie tych świadczeń określano, iż oferty składać mogły podmioty będące świadczeniodawcami w rozumieniu obowiązujących przepisów oraz spełniające wymagania w określone w przepisach wyszczególnionych w ogłoszeniach. Zgodnie z art. 5 pkt 41) lit. a), b), c) ustawy *o świadczeniach opieki zdrowotnej*, w wersji obowiązującej w okresie pierwszego kontraktowania świadczeń NiŚOZ, określenie świadczeniodawca oznaczało: zakład opieki zdrowotnej wykonujący zadania określone w jego statucie, grupową praktykę lekarską, grupową praktykę pielęgniarek lub położnych, osobę wykonującą zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki; osobę fizyczną inną niż wymieniona powyżej, która uzyskała fachowe uprawnienia do wykonywania świadczeń zdrowotnych i udzielała ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej; państwową jednostkę budżetową tworzoną

i nadzorowaną przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadającą w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Zgodnie z art. 5 pkt 41) lit. a) ww. ustawy – w wersji obowiązującej w okresie drugiego kontraktowania świadczeń NiŚOZ – świadczeniodawcą jest podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, a zgodnie z art. 5 pkt 41) lit. b) tej ustawy – osoba fizyczna inna niż wymieniona w lit. a), która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń i udziela ich w ramach wykonywania działalności gospodarczej. Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 5) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o *działalności leczniczej* (Dz. U. z 2013 r., poz. 217), podmiotami wykonującymi działalność leczniczą są podmioty lecznicze, o których mowa w art. 4 tej ustawy (przedsiębiorcy, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, jednostki budżetowe posiadające w swej strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej; instytuty badawcze; fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia, i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej oraz posiadające osobowość prawną jednostki organizacyjne tych stowarzyszeń; osoby prawne i jednostki organizacyjne działające na podstawie przepisów o stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego, o stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych oraz o gwarancjach wolności sumienia i wyznania, w zakresie w jakim wykonują działalność leczniczą), a także lekarze wykonujący lub pielęgniarki wykonujące zawód w ramach działalności leczniczej jako praktykę zawodową.

(dowód: akta kontroli str. 322-327)

W okresie objętym kontrolą, umowy o udzielanie świadczeń NiŚOZ zostały zawarte z 27 świadczeniodawcami. W wyniku postępowań przeprowadzonych zarówno w ramach pierwszego jak i drugiego kontraktowania zawarto umowy z 24 świadczeniodawcami. W drugim kontraktowaniu zawarto umowy z 21 świadczeniodawcami, którzy udzielali ww. świadczeń od dnia 1 marca 2011 r. oraz z 3 świadczeniodawcami, którzy rozpoczęli udzielanie tych świadczeń od dnia 1 marca 2013 r. Wszyscy świadczeniodawcy, z którymi zawarto umowy o udzielanie świadczeń NiŚOZ udzielali także innych świadczeń opieki zdrowotnej. Ośmiu świadczeniodawców, z którymi zawarto umowy o udzielanie świadczeń NiŚOZ od dnia 1 marca 2011 r., realizowało także świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a 16 świadczeniodawców udzielało świadczeń stacjonarnych. W ramach drugiego kontraktowania świadczeń NiŚOZ umowy podpisano z 7 świadczeniodawcami, którzy realizowali również świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz z 17, którzy udzielali świadczeń stacjonarnych.

(dowód: akta kontroli str. 155-158, 328-333)

W okresie pierwszego kontraktowania świadczeń NiŚOZ, Rada Powiatu w Jaśle wystąpiła do POW NFZ z apelem – z dnia 3 lutego 2011 r. – o utrzymanie całodobowej nocnej i świątecznej opieki medycznej w Samodzielnym Publicznym Gminnym Ośrodku Zdrowia w Nowym Żmigrodzie, z uwagi na duże odległości od Jasła, dzielące mieszkańców gmin południowej części powiatu. Na terenie powiatu jasielskiego zostały utworzone 2 obszary zabezpieczenia NiŚOZ, a świadczenia te udzielane są w Jaśle oraz w Nowym Żmigrodzie. W trakcie drugiego kontraktowania świadczeń, Prezydent Miasta Krosna udzielił pisemnego poparcia świadczeniodawcy, który udzielał w tym mieście świadczeń NiŚOZ od dnia 1 marca 2011 r., ze względu na pozytywne opinie władz samorządowych i mieszkańców odnośnie realizacji tych świadczeń. Informacje przekazane przez pozostałe jednostki samorządu terytorialnego (3 jednostki samorządu powiatowego i 3

jednostki samorządu gminnego) wskazują, iż samorzady te nie podejmowały działań w zakresie organizacji udzielania świadczeń NiŚOZ na swoim terenie.

(dowód: akta kontroli str. 335-352)

POW NFZ określał zapotrzebowanie na świadczenia NiŚOZ w oparciu o wielkość populacji zamieszkałej na terenie województwa podkarpackiego, przyjmując – zgodnie z zasadą określoną w § 8 zarządzenia nr 85/2010/DSOZ Prezesa NFZ – iż na każde 50.000 osób, zamieszkałych na obszarze zabezpieczenia, świadczeniodawca obowiązany jest zapewnić udzielanie świadczeń przez co najmniej 1 lekarza i 1 pielęgniarkę. Wysokość środków przeznaczonych na sfinansowanie świadczeń NiŚOZ wynikała z kwot ryczałtów miesięcznych, ustalonych dla świadczeniodawców realizujących te świadczenia na poszczególnych obszarach zabezpieczenia. Kwoty ryczałtów ustalane były w zależności od wielkości populacji zamieszkałej na obszarze zabezpieczenia, w nawiązaniu do kwot ryczałtów podanych w trakcie odbytego – w dniu 11 stycznia 2011 r. – spotkania Prezesa NFZ z dyrektorami oddziałów wojewódzkich. Na spotkaniu tym zaproponowano następujące stawki ryczałtów na obszarach zabezpieczenia: do 50 tys. mieszkańców – 56.000 zł, do 100 tys. mieszkańców – 106.400 zł, do 150 tys. mieszkańców – 156.800 zł, powyżej 150 tys. mieszkańców – 201.200 zł. W POW NFZ przyjęto zasadę, iż składowymi ryczałtu była kwota wynikająca z minimalnej, wymaganej liczby zespołów udzielających świadczeń NiŚOZ na danym obszarze zabezpieczenia (30.000 zł przypadające na 1 zespół) oraz kwota wynikająca z liczby osób zamieszkałych na obszarze zabezpieczenia (współczynnik 0,6 x liczba mieszkańców). Przy ustalaniu wielkości ryczałtów na 4 obszarach województwa o charakterze turystycznym, wielkość populacji powiększona została o 20.000 osób. Na wysokość ryczałtu wpływ miały także negocjacje cenowe prowadzone z oferentami.

(dowód: akta kontroli str. 4-8, 353-354)

W pierwszym kontraktowaniu świadczeń NiŚOZ ustalono następujące stawki miesięcznych ryczałtów:

- na obszarach zabezpieczenia o populacji do 50 tys. mieszkańców – 44.980 zł oraz 48.133,80 zł, a na obszarach o charakterze turystycznym – 55.200,60 zł i 68.677,60 zł;
- na obszarach zabezpieczenia o populacji do 100 tys. mieszkańców – od 79.535,40 zł do 114.127 zł;
- na obszarach zabezpieczenia o populacji do 150 tys. mieszkańców – od 154.689 zł do 170.272 zł;
- na obszarze zabezpieczenia o populacji powyżej 150 tys. mieszkańców – 204.650,70 zł.

W drugim kontraktowaniu ustalono następujące stawki ryczałtów:

- na obszarach zabezpieczenia o populacji do 50 tys. mieszkańców – 45.000 zł oraz 48.158 zł, a na obszarach o charakterze turystycznym – 55.194 zł i 68.701 zł;
- na obszarach zabezpieczenia o populacji do 100 tys. mieszkańców – od 85.000 zł do 112.411 zł;
- na obszarach zabezpieczenia o populacji do 150 tys. mieszkańców – od 144.330 zł do 170.110 zł;
- na obszarze zabezpieczenia o populacji powyżej 150 tys. mieszkańców – 226.936 zł.

(dowód: akta kontroli str. 155-158, 355-356)

Na sfinansowanie świadczeń opieki doraźnej, udzielonych w 2011 r. w nocy i w dni wolne od pracy, przeznaczono 33.795,62 tys. zł, w tym 28.762,08 tys. zł na

sfinansowanie świadczeń NiŚOZ udzielonych od 1 marca 2011 r. do 31 grudnia 2011 r. Kwota ta stanowiła 8,5 % kwoty przeznaczonej na świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej, udzielone w 2011 r. Na sfinansowanie świadczeń NiŚOZ udzielonych w 2012 r. przeznaczono 34.527,18 tys. zł (8,4 % kwoty przeznaczonej na świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej), a w I kwartale 2013 r. – 8.665,33 tys. zł (8,3 % kwoty przeznaczonej na świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej).

(dowód: akta kontroli str. 334, 357-358)

Wysokość stawki ryczałtu miesięcznego za udzielanie świadczeń NiŚOZ przez 1 zespół dyżurujący, nie była jednakowa na obszarach zabezpieczenia obejmujących populację tej samej grupy (do 50 tys., 100 tys., 150 tys. oraz powyżej 150 tys. mieszkańców). Sytuacja taka wynikała z przyjętej w POW NFZ (omówionej powyżej) zasady ustalania wysokości ryczałtu oraz z negocjacji cenowych. Ustalone w pierwszym kontraktowaniu wysokości ryczałtów, przypadające na 1 zespół dyżurujący wynosiły:

- na obszarach zabezpieczenia do 50 tys. mieszkańców – od 44.980 zł do 48.133,80 zł, a na obszarach o charakterze turystycznym – 68.667,60 zł oraz 55.200,60 zł;
- na obszarach zabezpieczenia do 100 tys. mieszkańców – od 39.767,70 zł do 56.400 zł, a na obszarze o charakterze turystycznym – 57.063,55 zł;
- na obszarach zabezpieczenia do 150 tys. mieszkańców – od 51.563 zł do 56.757,33 zł;
- na obszarze o populacji powyżej 150 tys. mieszkańców – 51.162,68 zł.

Ustalone w drugim kontraktowaniu wysokości ryczałtów, przypadające na 1 zespół dyżurujący, wynosiły:

- na obszarach zabezpieczenia do 50 tys. mieszkańców – od 45.000 zł do 48.158 zł, a na obszarach zabezpieczenia o charakterze turystycznym – 55.194 zł oraz 68.701 zł;
- na obszarach zabezpieczenia o populacji do 100 tys. mieszkańców – od 46.760 zł do 56.885,50 zł
- na obszarach zabezpieczenia o populacji do 150 tys. mieszkańców – od 48.110 zł do 56.703 zł;
- na obszarze o populacji powyżej 150 tys. mieszkańców – 56.734 zł.

(dowód: akta kontroli str. 28-35)

W ramach pierwszego kontraktowania przeprowadzono negocjacje ze wszystkimi oferentami, przy czym skutkowały one obniżeniem stawek ryczałtów – w stosunku do wysokości zaplanowanej przez POW NFZ – wyłącznie w sytuacjach, gdy w konkursach na udzielanie świadczeń na poszczególnych obszarach zabezpieczenia uczestniczyło co najmniej 2 oferentów. W ramach drugiego kontraktowania, negocjacje – skutkujące obniżeniem stawek ryczałtów – przeprowadzano gdy w postępowaniach złożone zostały co najmniej 2 oferty na udzielanie świadczeń na danym obszarze zabezpieczenia. Uzyskanie w wyniku negocjacji niższych stawek ryczałtów powodowało powstawanie sytuacji, w których – w ramach jednej kategorii obszarów zabezpieczenia – stawki za udzielanie świadczeń na obszarach o większej populacji były niższe od stawek na obszarach o mniej licznej populacji.

(dowód: akta kontroli str. 155-158, 359)

W wyniku negocjacji przeprowadzonych w trakcie pierwszego kontraktowania, za udzielanie świadczeń na obszarze zabezpieczenia odpowiadającym:

- północnej części powiatu jasielskiego, o populacji 89.706 mieszkańców, uzyskano stawkę ryczałtu w wysokości 104.717,70 zł – na 3 obszarach

zabezpieczenia o mniejszej populacji (od 78.359 do 88.171 mieszkańców) świadczenia udzielane były za wyższe kwoty ryczałtu (od 107.015,40 zł do 112.800 zł);

- powiatowi lubaczowskiemu, o populacji 76.811 osób (po uwzględnieniu charakteru turystycznego tego obszaru), uzyskano stawkę ryczałtu w wysokości 79.535,40 zł – na 7 obszarach o mniejszej populacji (od 61.546 do 72.633 mieszkańców) świadczenia udzielane były za wyższe kwoty ryczałtu (od 96.927,60 zł do 103.579,80 zł);
- południowej części powiatu rzeszowskiego, o populacji 77.499 mieszkańców, uzyskano stawkę ryczałtu w wysokości 95.800 zł – na 7 obszarach zabezpieczenia o mniejszej populacji (od 61.546 do 77.019 mieszkańców) świadczenia udzielane były za wyższe stawki ryczałtu (od 96.927,60 zł do 106.211,40 zł);
- północnej części powiatu rzeszowskiego, o populacji 87.401 mieszkańców, uzyskano stawkę ryczałtu w wysokości 104.000 zł – na 3 obszarach zabezpieczenia o mniejszej populacji (od 77.019 do 78.630 mieszkańców) świadczenia udzielane były za wyższe kwoty ryczałtu (od 106.211,40 zł do 107.177,72 zł);
- powiatowi przemyskiemu wraz z miastem Przemyśl, o populacji 137.620 mieszkańców, uzyskano stawkę ryczałtu w wysokości 168.000 zł – na 2 obszarach o mniejszej populacji (133.244 oraz 133.986 mieszkańców), świadczenia udzielane były za wyższe stawki ryczałtu (odpowiednio 169.946,28 zł oraz 170.272 zł).

(dowód: akta kontroli str. 155-156)

W wyniku negocjacji przeprowadzonych w ramach drugiego kontraktowania, na obszarze zabezpieczenia odpowiadającym:

- części powiatu krośnieńskiego, o populacji 90.413 mieszkańców (po uwzględnieniu turystycznego charakteru tego obszaru), uzyskano stawkę ryczałtu w wysokości 102.823,20 zł – na 7 obszarach zabezpieczenia o mniejszej populacji (od 72.008 do 88.252 mieszkańców) świadczenia udzielane były za wyższe kwoty ryczałtu (od 103.205 zł do 112.411 zł);
- części powiatu krośnieńskiego wraz z miastem Krosnem, o populacji 88.252 mieszkańców, uzyskano stawkę ryczałtu w wysokości 107.303,45 zł – na 1 obszarze zabezpieczenia o mniejszej populacji (87.351 mieszkańców) świadczenia udzielane były za wyższą kwotę ryczałtu (112.411 zł);
- powiatowi lubaczowskiemu, o populacji 76.681 mieszkańców (po uwzględnieniu turystycznego charakteru tego obszaru), uzyskano stawkę ryczałtu w wysokości 93.520 zł – na 8 obszarach zabezpieczenia o mniejszej populacji (od 61.594 do 73.753 mieszkańców) świadczenia udzielane były za wyższe stawki ryczałtu (od 96.956 zł do 104.252 zł);
- powiatowi przeworskiemu, o populacji 78.655 mieszkańców, uzyskano stawkę ryczałtu w wysokości 85.000 zł – na 11 obszarach zabezpieczenia o mniejszej populacji (od 61.594 do 77.062 mieszkańców) świadczenia udzielane były za wyższe stawki ryczałtu (od 93.520 zł do 106.237 zł), a na 1 obszarze o tej samej populacji, świadczenia udzielane były za stawkę ryczałtu w wysokości 107.194 zł;
- powiatowi jarosławskiemu, o populacji 121.433 mieszkańców, uzyskano stawkę ryczałtu w wysokości 146.574 zł – na 1 obszarze o mniejszej populacji (107.470 mieszkańców) świadczenia udzielane były za wyższą stawkę ryczałtu (154.482 zł);
- powiatowi mieleckiemu, o populacji 134.045 mieszkańców, uzyskano stawkę ryczałtu w wysokości 161.905,65 zł – na 1 obszarze o mniejszej

populacji (133.517 mieszkańców), świadczenia udzielane były za wyższą stawkę ryczałtu (170.710 zł);

- powiatowi przemyskiemu z miastem Przemyśl, o populacji 137.473 mieszkańców, uzyskano stawkę ryczałtu w wysokości 144.330 zł – na 4 obszarach o mniejszej populacji (od 107.470 do 134.045 mieszkańców), świadczenia udzielane były za wyższą stawkę ryczałtu (od 146.574 zł do 170.110 zł).

(dowód: akta kontroli str. 157-158)

Rozliczanie umów o udzielanie świadczeń NiŚOZ dokonywane było według zasad określonych w zarządzeniu nr 85/2010/DSOZ Prezesa NFZ. Zgodnie z tym zarządzeniem, świadczeniodawcy przekazywali do Oddziału określone w nim typy elektronicznych komunikatów o zrealizowanych poradach lekarskich oraz wizytach pielęgniarских, wykonanych w trybie ambulatoryjnym i wyjazdowym. Świadczenia wykazane w sprawozdaniach weryfikowano w systemie informatycznym POW NFZ, za pomocą reguł opracowanych przez Centralę NFZ oraz – uzupełniając – przez pracowników Oddziału. Informacje o błędach stwierdzonych w wyniku weryfikacji publikowano na Portalu Świadczeniodawcy. Pani Grażyna Hejda – dyrektor POW NFZ – wyjaśniła, że świadczenia NiŚOZ finansowane są jako ryczałt miesięczny, który dotyczy gotowości do wykonywania świadczeń, a liczba wykazanych w sprawozdaniach porad lekarskich i wizyt pielęgniarских nie ma wpływu na dokonanie płatności.

(dowód: akta kontroli str. 360-368)

Przed dniem 1 marca 2011 r., świadczenia nocnej i świątecznej opieki medycznej oraz nocnej i świątecznej ambulatoryjnej i wyjazdowej opieki lekarskiej i pielęgniarской – zgodnie z zarządzeniem nr 74/2010/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 1 grudnia 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna – finansowane były na podstawie rocznej stawki kapitałowej. Finansowane były świadczenia realizowane na podstawie:

- umów o udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej opieki medycznej, zawartych ze świadczeniodawcami, którzy świadczeń tych udzielali świadczeniobiorcom zadeklarowanym do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej tych świadczeniodawców,
- umów o udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej opieki medycznej, zawartych ze świadczeniodawcami, którzy na podstawie porozumień udzielali tych świadczeń świadczeniobiorcom zadeklarowanym do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej świadczeniodawców zawierających porozumienie,
- umów zawartych ze świadczeniodawcami, na których świadczeniodawcy podstawowej opieki zdrowotnej zcedowali udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej ambulatoryjnej i wyjazdowej opieki lekarskiej oraz pielęgniarской, świadczeniobiorcom zadeklarowanym do ich placówek.

Na realizację w 2010 r. świadczeń NiŚOZ wydatkowano kwotę 29.825.695,58 zł, a na realizację tych świadczeń w styczniu i w lutym 2011 r. – 5.033.537,41 zł.

(dowód: akta kontroli str. 369-372)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Zgodnie z art. 149 ust. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, w przypadku gdy świadczeniodawca nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy

oferta zawiera braki formalne, komisja wzywa oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie, pod rygorem odrzucenia oferty.

Zgodnie z § 13 ust. 5 zarządzenia nr 49/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2010 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – obowiązującego w okresie pierwszego kontraktowania świadczeń NiŚOZ – kopie dokumentów muszą być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez osoby uprawnione do reprezentowani oferenta.

Zgodnie z § 12 ust. 3 ww. zarządzenia, każda strona oferty w formie pisemnej powinna być podpisana lub parafowana przez osoby uprawnione do reprezentowania oferenta (zgodnie z załączonym wzorem podpisów) oraz opatrzona kolejnym numerem.

W dwóch spośród 22 zbadanych w kontroli postępowań na wybór świadczeniodawców NiŚOZ oferenci (SP ZOZ w Ropczycach oraz SP ZOZ w Przeworsku) nie zostali wezwani do usunięcia wszystkich braków formalnych w ofertach. W obydwóch postępowaniach oferentów nie wezwano do podpisania za zgodność z oryginałem – przez osobę uprawnioną do reprezentowania oferenta – wszystkich kopii dokumentów załączonych do ofert, a w jednym postępowaniu, także do podpisania – przez tę osobę – wszystkich stron oferty. Ofert złożonych w tych postępowaniach nie odrzucono, pomimo że oferenci nie usunęli w ofertach wszystkich braków formalnych, określonych w wezwaniach komisji konkursowej.

(dowód: akta kontroli str. 86-89, 119-123)

Pani Grażyna Hejda – dyrektor POW NFZ – wyjaśniła, że SP ZOZ w Ropczycach jest wieloletnim świadczeniodawcą posiadającym podpisane z POW NFZ umowy w różnych zakresach świadczeń; dokumenty podpisywane są zarówno przez dyrekcję SP ZOZ jak również przez osobę, której upoważnienie do potwierdzania za zgodność z oryginałem dokumentów złożonych w konkursie ofert na 2011 r. załączono do oferty; oraz że przy numerowaniu stron księgi rejestrowej oferent zastosował – przyjętą przez komisję konkursową – metodę jednostronicowego numerowania kart oferty. Dyrektor Oddziału wyjaśniła, iż POW NFZ jest w posiadaniu całej dokumentacji dotyczącej działalności formalno – prawnej ZOZ w Ropczycach oraz w Przeworsku, a w ofertach znajdują się oświadczenia oferentów, iż dane przedstawione w ofertach i oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Dyrektor Oddziału w wyjaśnieniach podała także, iż ponowne ogłoszenie konkursów nie było możliwe z powodu braku czasu na przeprowadzenie powtórnych postępowań na zawarcie umów, a niewybranie jedynych ofert złożonych w konkursach spowodowałoby brak zabezpieczenia świadczeń NiŚOZ na obszarze powiatu ropczycko – sędziszowskiego i przeworskiego.

(dowód: akta kontroli str. 373-377)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Obniżenie, w wyniku negocjacji prowadzonych tylko w części postępowań na wybór świadczeniodawców NiŚOZ, stawek ryczałtów miesięcznych za udzielanie świadczeń NiŚOZ – w stosunku do stawek planowanych – skutkuje niezachowaniem proporcji tych stawek do liczby mieszkańców na obszarze zabezpieczenia i doprowadza do sytuacji, w których świadczenia na obszarach o mniejszej populacji udzielane są za wyższe kwoty ryczałtów.

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, pomimo stwierdzonych nieprawidłowości, działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

3. Sprawowanie nadzoru i kontroli – przez POW NFZ – nad realizacją kontraktów na udzielanie świadczeń NiŚOZ

Opis stanu
faktycznego

W POW NFZ plany kontroli opracowywane były w oparciu o propozycje kontroli przekazywane przez kierowników poszczególnych jednostek organizacyjnych Oddziału. Propozycje poddawano analizie w zakresie liczby kontroli przeprowadzonych u świadczeniodawców, wyników kontroli, wysokości kontraktów. W wyniku tych czynności ustalano wstępny, a następnie ostateczny plan kontroli. W planach kontroli na lata 2011 – 2013 nie zostały uwzględnione kontrole umów o udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, zawartych po wprowadzeniu zmian organizacyjnych w tym zakresie. Kontrole takie zostały przeprowadzone w ramach kontroli doraźnych, które w 2011 r. stanowiły 37 %, a w 2012 r. – 40 % wszystkich kontroli wykonanych przez POW NFZ. W 2011 r., przeprowadzono 3 kontrole doraźne w zakresie realizacji umów o udzielania świadczeń NiŚOZ, a w 2012 r. – 4 takie kontrole. W wyniku 4 kontroli stwierdzono nieprawidłowości. Ustalenia kontroli nie spowodowały rozwiązania umów o udzielanie świadczeń NiŚOZ oraz nie miały wpływu na wysokość wypłacanego ryczałtu miesięcznego. Na czterech świadczeniodawców zostały nałożone kary umowne w łącznej wysokości 14.325,37 zł.

(dowód: akta kontroli str. 378-383)

W kontroli SP ZOZ Szpitala Specjalistycznego w Stalowej Woli ustalono, że rzeczywisty stan zatrudnienia lekarzy odbiegał od wymaganego przepisami i nie dawał podstaw do stwierdzenia o gotowości do udzielania świadczeń na obszarze zabezpieczenia do 150 tys. osób. W kontroli Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Rzeszowie stwierdzono: udzielanie świadczeń także poza miejscem wyłonionym w trakcie postępowania o zawarcie umowy, bez zgłoszenia tego faktu do POW NFZ; brak części produktów zestawu przeciwwstrząsowego; niekompletne wyposażenie torby lekarskiej niezbędnej do udzielania świadczeń w warunkach domowych; niekompletną informację dla świadczeniobiorców, wymaganą przepisami § 11 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484). W zaleceniach pokontrolnych POW NFZ zobowiązał świadczeniodawcę do złożenia wniosku o zorganizowanie dodatkowego miejsca udzielania świadczeń NiŚOZ oraz o skompletowanie ww. sprzętu i informacji. W kontroli ZOZ Nr 2 w Rzeszowie – z którym zawarto umowę na udzielanie świadczeń NiŚOZ na dwóch obszarach zabezpieczenia, odpowiadających północnej i południowej części powiatu rzeszowskiego – stwierdzono, iż świadczenia nie były udzielane przez wymaganą liczbę lekarzy, a wyjazdowa opieka pielęgniarska realizowana była przez podwykonawcę nieuwzględnionego w umowie. Stwierdzono także brak części produktów leczniczych w zestawach przeciwwstrząsowych (w miejscach udzielania świadczeń na obydwóch obszarach zabezpieczenia) oraz uchybienia w prowadzeniu dokumentacji medycznej. W zaleceniach pokontrolnych POW NFZ zobowiązał świadczeniodawcę do zabezpieczenia realizacji świadczeń NiŚOZ przez drugiego lekarza na każdym z dwóch obszarów zabezpieczenia, zaktualizowania danych dotyczących podwykonawców, uzupełnienia zestawów przeciwwstrząsowych oraz prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej prowadzenia (Dz. U. Nr 252, poz. 1697). W kontroli Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu POW NFZ stwierdził brak obsady lekarskiej wymaganej

przy udzielaniu świadczeń NiŚOZ na obszarze zabezpieczenia do 150 tys. osób i zobowiązał świadczeniodawcę do jej zapewnienia.

(dowód: akta kontroli str. 384-384-398)

POW NFZ dokonał wizytacji 14 świadczeniodawców realizujących świadczenia NiŚOZ na 15 obszarach zabezpieczenia. Wszystkie wizytacje zostały przeprowadzone w 2013 r. Wizytacje przeprowadzono w związku z pismem Prezesa NFZ z dnia 5 marca 2013 r., zobowiązującym do podjęcia działań celem sprawdzenia sposobu wypełniania przez świadczeniodawców postanowień umów o udzielanie świadczeń NiŚOZ. W wyniku wizytacji 4 świadczeniodawców, realizujących świadczenia NiŚOZ na 5 obszarach zabezpieczenia, stwierdzono nieprawidłowości skutkujące wydaniem wezwań do rozpoczęcia – w terminie 14 dni od dnia otrzymania wezwań – udzielania świadczeń NiŚOZ w sposób i w warunkach odpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach prawa lub umowie, pod rygorem rozwiązania umów bez zachowania okresu wypowiedzenia. Na świadczeniodawców tych nałożone zostały kary umowne w łącznej wysokości 20.200,43 zł. W trakcie wizytacji świadczeniodawców – na których POW NFZ nałożył kar umowne – stwierdzono nieprawidłowości w zakresie:

- obsady kadrowej – w wizytacji 3 świadczeniodawców realizujących NiŚOZ na 4 obszarach zabezpieczenia ustalono, że świadczenia udzielane były przez 1 zespół lekarsko – pielęgniarski zamiast przez 2 zespoły;
- warunków lokalowych – w wizytacji 2 świadczeniodawców realizujących NiŚOZ na 3 obszarach zabezpieczenia ustalono, że liczba gabinetów lekarskich przeznaczonych do udzielania świadczeń nie odpowiadała wymaganej liczbie zespołów lekarsko – pielęgniarskich, a w wizytacji 1 świadczeniodawcy stwierdzono brak wymaganego dokumentu potwierdzającego spełnianie warunków sanitarnych i lokalowych w miejscu udzielania świadczeń;
- wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną – w wizytacji 1 świadczeniodawcy stwierdzono brak wyposażenia jednego z gabinetów przeznaczonych do udzielania świadczeń; w wizytacji 3 świadczeniodawców – brak lub niekompletnie wyposażone zestawy reanimacyjne, zestawy przeciwwstrząsowe, torby lekarskie, nesesery pielęgniarskie; w wizytacji 2 świadczeniodawców – brak telefonów komórkowych lub innych urządzeń pozwalających na kontakt ze świadczeniobiorcą, w liczbie odpowiadających liczbie osób udzielających świadczeń;
- udzielania świadczeń NiŚOZ w trybie wyjazdowym – w wizytacji świadczeniodawcy realizującego NiŚOZ na 2 obszarach zabezpieczenia stwierdzono, że w miejscach udzielania świadczeń brak było możliwości realizowania ich w ww. trybie;
- kompletności informacji dla świadczeniobiorców wymaganej przepisami § 11 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. *w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* – ustalenia w wizytacji 3 świadczeniodawców;
- zgodności danych zgłoszonych w ofercie ze stanem faktycznym, dotyczących personelu udzielającego świadczeń – ustalenia w wizytacji 2 świadczeniodawców;
- zgodności danych zgłoszonych w ofercie ze stanem faktycznym, dotyczących dostępu do RTG i do diagnostyki laboratoryjnej – ustalenia w wizytacji 1 świadczeniodawcy.

W trakcie wizytacji 3 świadczeniodawców, na których nie nałożono kar umownych, stwierdzono niekompletność wyposażenia zestawów przeciwwstrząsowych, lub

toreb lekarskich i pielęgniarskich, a w wizytacji 1 świadczeniodawcy – udzielanie świadczeń przez lekarzy niewykazanych w załączniku do umowy o udzielanie świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 399-437)

Od dnia 1 marca 2011 r. do dnia zakończenia niniejszej kontroli do POW NFZ wpłynęło 11 skarg związanych ze świadczeniami NiŚOZ. Cztery skargi złożono w związku z nieuzyskaniem świadczeń NiŚOZ w ramach wyjazdowej opieki pielęgniarskiej, 2 skargi zostały spowodowane niewłaściwym funkcjonowaniem systemu e-WUŚ i koniecznością składania – przez osoby wymagające świadczeń NiŚOZ – oświadczeń o podleganiu ubezpieczeniu zdrowotnemu (1 z tych skarg dotyczyła także otrzymania recepty z pełną odpłatnością za leki, w związku z brakiem możliwości potwierdzenia ubezpieczenia w systemie), 2 skargi dotyczyły niewłaściwego – zdaniem skarżących – zachowania lekarza udzielającego ww. świadczeń, a po 1 skardze: niewłaściwego zachowania lekarza oraz sposobu udzielenia świadczeń NiŚOZ, nieudzielenia ww. świadczeń w domu świadczeniobiorcy, błędnej informacji odnośnie zasad udzielania świadczeń NiŚOZ. Trzy spośród skarg spowodowanych nieudzieleniem świadczeń w ramach wyjazdowej opieki pielęgniarskiej dotyczyły tego samego świadczeniodawcy. POW NFZ przeprowadził kontrolę świadczeniodawcy, w wyniku której pozytywnie oceniono jego działania w zakresie realizacji umowy o udzielanie świadczeń NiŚOZ. Przeprowadzono także kontrolę, która miała – między innymi – wyjaśnić zarzuty sformułowane w skardze na sposób udzielenia świadczenia i niewłaściwe relacje lekarza w stosunku do rodziców świadczeniobiorcy. W kontroli tej nie stwierdzono uchybień związanych z udzieleniem porady pacjentowi. W pozostałych przypadkach POW NFZ podejmował pisemne interwencje u świadczeniodawców. Skargi dotyczące niewłaściwych relacji lekarzy w stosunku do świadczeniobiorców przekazano – zgodnie z kompetencjami – do wyjaśnienia kierownictwu świadczeniodawców, zwracając uwagę na znaczenie właściwych relacji pomiędzy pracownikami placówek ochrony zdrowia a pacjentami. Trzy spośród wszystkich złożonych skarg uznano za zasadne. W pisemnych wystąpieniach do świadczeniodawców POW NFZ wskazał na obowiązujące przepisy dotyczące udzielania świadczeń NiŚOZ, przepisy dotyczące weryfikacji prawa do świadczeń zdrowotnych i ulg w odpłatnościach za leki oraz zwrócił się o podjęcie działań eliminujących powstawanie konfliktowych sytuacji w przyszłości.

(dowód: akta kontroli str. 65-66)

POW NFZ nie korzystał z możliwości ankietowania pacjentów korzystających ze świadczeń NiŚOZ. Pani Grażyna Hejda – dyrektor Oddziału – wyjaśniła: *Niewysyłanie ankiet spowodowane zostało brakiem przesłanek uzasadniających podjęcie tego rodzaju działań. Nadmienić należy, że niewielka liczba skarg, w szczególności ich zakres, zgłoszonych przez świadczeniobiorców do Oddziału od dnia 1 marca 2011 r. również potwierdza, że w przedmiotowej sprawie nie zachodziła konieczność wysyłania ww. ankiet. Informuję, że w przypadku każdej zgłoszonej skargi POW NFZ podjął działania wyjaśniające (kontrola realizacji świadczeń, pisemne interwencje), które nie potwierdziły utrudnień w dostępności do świadczeń z zakresu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.*

(dowód: akta kontroli str. 438-439)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność w badanym obszarze.

IV. Uwagi

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę na:

- konieczność rzetelnego sprawdzania poprawności formalnej wszystkich ofert składanych przez świadczeniodawców.
- dokumentowanie czynności wykonywanych w trakcie postępowań konkursowych na wybór oferentów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w sposób pozwalający na stwierdzenie o prowadzeniu tych postępowań z zachowaniem zasad uczciwej konkurencji – udokumentowanie postępowań na wybór świadczeniodawców NiŚOZ na obszarze południowej i północnej części powiatu rzeszowskiego (pierwsze kontraktowanie) nie daje podstaw do jednoznacznego stwierdzenia o takim prowadzeniu tych postępowań.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

Zgodnie z art. 54 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli³, 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 Rzeszowie.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 30 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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

Rzeszów, dnia 17 lipca 2013 r.

Kontroler
Roman Tadla
główny specjalista kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Rzeszowie

Dyrektor
Stanisław Sikora

.....
podpis

.....
Podpis

³ Dz. U. z 2012 r., poz. 82 ze zm.

