



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Rzeszowie

LRZ-4101-022-01/2014

P/14/063

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/14/063 – Funkcjonowanie podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych.
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Rzeszowie
Kontroler	Sebastian Szozda, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 91513 z dnia 15 września 2014 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Narodowy Fundusz Zdrowia - Podkarpacki Oddział Wojewódzki w Rzeszowie.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Pani Grażyna Hejda, Dyrektor Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. (dowód: akta kontroli str. 3)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Uzasadnienie oceny ogólnej

Najwyższa Izba Kontroli ocenia¹ pozytywnie działalność Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Rzeszowie w zakresie objętym kontrolą.

Powyższą ocenę uzasadnia fakt, iż w Oddziale Wojewódzkim sporządzano, zgodnie z wytycznymi Centrali NFZ, analizy dostępności i jakości świadczeń, które uwzględniano w planowaniu i realizowaniu zakupów świadczeń. Ponadto analiza jakości świadczeń dokonywana była w trakcie postępowań konkursowych, na etapie rozpatrywania ofert i sprawdzania ich zgodności z przyjętymi kryteriami.

Oddział Wojewódzki NFZ w Rzeszowie podejmował działania w celu zwiększenia dostępności świadczeń, w tym współdziałał z władzami publicznymi.

Kontraktowanie świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna(AOS), prowadzono przestrzegając przepisów prawa oraz wewnętrznych regulacji wprowadzonych zarządzeniami Prezesa NFZ.

W Oddziale Wojewódzkim NFZ w Rzeszowie prawidłowo stosowano reguły weryfikacji i walidacji sprawozdań statystycznych o wykonanych świadczeniach. Bieżące, jak również wsteczne ich stosowanie pozwalało dodatkowo zweryfikować realizację świadczeń.

Analizy „nadwykonań” oraz „niedowykonań” świadczeń pozwalały na racjonalne wykorzystanie środków zaplanowanych na te świadczenia, a także były uwzględniane przy kontraktowaniu świadczeń na przyszłe okresy. W przypadku zapłaty za „nadwykonania” świadczeń do wszystkich świadczeniodawców jednakowe reguły.

Pozytywna ocena dotyczy również przeprowadzania analiz wpływu wprowadzenia trzykrotnej stawki kapitałowej w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) na ilość świadczeń w ramach AOS w poradniach diabetologicznych i kardiologicznych. Wyniki tych analiz pozwoliły stwierdzić, iż wprowadzenie trzykrotnej stawki

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

kapitacyjnej w POZ, w odniesieniu do pacjentów przewlekle chorych na cukrzycę i/lub choroby układu krążenia, nie wpłynęło na zmniejszenie się liczby osób z tymi schorzeniami przyjmowanych w poradniach specjalistycznych.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Zapotrzebowanie na świadczenia POZ i AOS

Opis stanu
faktycznego

1.1, 1.2

Plany zakupu świadczeń na lata 2012 – 2014 sporządzane były na podstawie *Procedur definiowania priorytetów i planowania zakupu świadczeń*:

- wprowadzonej pismem Centrali NFZ CF/DSOZ/2010/075/0401/W/09390/KAC z dnia 10 maja 2010 r.,
- wprowadzonej pismem Centrali NFZ DSOZ/2012/075/1544/W/22900/KKU z dnia 3 września 2012 r.

Procedury te regulowały zakres obowiązków i tryb postępowania osób odpowiedzialnych za przygotowanie i monitorowanie planu zakupu świadczeń oraz określały elementy planu zakupu oraz ich zawartość. Procedury przewidywały również tryb zmiany planu zakupu świadczeń na poszczególne lata.

(dowód: akta kontroli str. 4-49)

W latach objętych kontrolą sporządzane były Prognozy Kosztów NFZ, w podziale na poszczególne rodzaje świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 50-66)

W Oddziale nie prowadzono rachunku symulacyjnego kosztów świadczeń gwarantowanych.

W złożonym wyjaśnieniu, Dyrektor Oddziału, Pani Grażyna Hejda podała m.in, iż *Podkarpacki Oddział Wojewódzki NFZ nie prowadzi „rachunku symulacyjnego kosztów świadczeń gwarantowanych”*. W obowiązujących przepisach prawa brak uregulowań nakładających obowiązek tworzenia wymienionego dokumentu przez NFZ. (...) Realizując powierzone zadania Oddział Wojewódzki corocznie sporządza projekt planu finansowego, w tym w części dotyczącej świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie wytycznych określonych przez Centralę NFZ, z zastrzeżeniem iż plan nie może przekroczyć kwoty określonej przez Centralę, przeznaczonej na świadczenia wyliczonej na podstawie algorytmu określonego rozporządzeniem Ministra Zdrowia. (...) W tworzeniu projektu planu bierze udział Wydział Ekonomiczno-Finansowy współpracując z pozostałymi wydziałami: tj. Wydziałem Świadczeń Opieki Zdrowotnej, Wydziałem ds. Służb Mundurowych, Wydziałem Gospodarki Lekami. Na etapie tworzenia planu finansowego szacowane jest zapotrzebowanie na świadczenia opieki zdrowotnej z uwzględnieniem danych demograficznych i epidemiologicznych oraz wytycznych Centrali NFZ uwzględniających np. zmianę sposobu rozliczania świadczeń, zmianę ceny. (...) Na szacowane koszty w każdym rodzaju świadczeń wpływ mają zarówno sytuacja demograficzna jak i epidemiologiczna. Dla przykładu finansowanie w podstawowej opiece zdrowotnej ściśle jest uzależnione od liczby mieszkańców zamieszkujących obszar województwa podkarpackiego. Dodatkowo stosowane wskaźniki zależne są od wielkości populacji np. w określonej grupie wiekowej. Ponadto stosowany wskaźnik dotyczący finansowania opieki nad pacjentem objętym opieką w związku z leczeniem cukrzycy i chorób układu krążenia zależny jest od danych epidemiologicznych dotyczących zachorowań na te schorzenia.

(dowód: akta kontroli str. 67-71)

Plany zakupu świadczeń w Oddziale na lata 2012 - 2014 składały się m.in. z założeń do planu zakupu świadczeń (w tym priorytetów centralnych, priorytetów ogólnopolskich oraz priorytetów regionalnych). W ramach tych założeń określana była minimalna dostępność placówek. W ramach priorytetów regionalnych dotyczących AOS do najważniejszych zakresów świadczeń, których kontraktowanie Oddział przyjmuje za priorytetowe, zaliczono świadczenia na rzecz dzieci, na rzecz chorych onkologicznie (poradnia hematologiczna, onkologiczna) oraz świadczenia diagnostyczne: endoskopowe, TK, RM. W planie finansowym na rok 2013 r. zapisano, iż Oddział Wojewódzki promuje poradnie realizujące procedury zabiegowe, odciążając tym samym lecznictwo szpitalne.

Wysokość planów finansowych Oddziału Wojewódzkiego w poszczególnych latach ustalona została przez Centralę NFZ na podstawie algorytmu określonego w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2009 r. w sprawie *szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych*². Kwoty planu finansowego oraz kwoty, jakie Oddział Wojewódzki winien zabezpieczyć na świadczenia dla ubezpieczonych zrealizowane poza województwem podkarpackim określano w pismach Centrali NFZ.

W ramach planów finansowych zamieszczono analizę danych epidemiologicznych w woj. podkarpackim, która obejmowała: liczby ludności województwa (w podziale na wieś i miasto oraz mężczyzn i kobiety), ruchu naturalnego, zachorowalności na nowotwory złośliwe wg powiatów, zachorowalności na choroby zakaźne i zatrucia wg powiatów. Ponadto do ww. planu dokonywano analizy chorobowości szpitalnej, przeciętnego dalszego trwania życia, umieralności (z podziałem na powiaty).

W częściach opisowych planów zakupu świadczeń zapisano m.in. iż na wysokość środków planowanych w podstawowej opiece zdrowotnej miały wpływ zmiany wskaźników korygujących. W planie finansowym na rok 2014 r. dodatkowo uwzględniono obniżenie z 30 do 25% porad udzielonych z przyczyn innych niż cukrzyca i choroby układu krążenia w okresach wzmożonej zachorowalności na ostre choroby układu oddechowego.

W planach zapisano również, iż w podstawowej opiece zdrowotnej planuje się świadczenia z dokładnością do województwa. Założeniem jest objęcie opieką wszystkich świadczeniobiorców, którzy złożyli deklarację wyboru.

W ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej zapisano, iż na planowanie zakupów na kolejne lata wpływ miały zmiany zasad finansowania świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej od lipca 2011 r., kiedy wdrożono rozliczanie świadczeń za pomocą grup świadczeń specjalistycznych. Ponadto przy planowaniu świadczeń w rodzaju AOS brano pod uwagę wykonania świadczeń z lat poprzednich, zmianę zakresów kontraktowania świadczeń, przeprowadzono analizę realizacji świadczeń przez świadczeniodawców pod względem zgodności z harmonogramem pracy, tj. liczby dni realizacji świadczeń oraz personelu realizującego świadczenia oraz plan poprawy dostępności świadczeń. W planie na rok 2012 r. celem poprawy dostępności oraz w związku z realizacją priorytetów zdrowotnych uwzględniono również informacje od świadczeniodawców rozszerzających działalność i otwierających nowe dotychczas nie kontraktowane poradnie. Zarezerwowane zostały środki na ogłoszenie nowych postępowań konkursowych, m. in. z zakresu diabetologii (w Dębicy). W planie na rok 2013, na podstawie analizy zabezpieczenia świadczeń na rok 2013 r., uwzględniono wnioski świadczeniodawców dotyczące ogłoszenia

² Dz.U. z 2009 r., Nr 193, poz. 1495.

postępowań konkursowych na obszarach o niskim poziomie zabezpieczenia świadczeń. W planie finansowym na rok 2014 – zgodnie z wytycznymi Centrali NFZ z dnia 21 sierpnia 2013 r. w celu wyrównania dostępności do wybranych świadczeń na terenie kraju zwiększono planowane nakłady na świadczenia, w których średnia wojewódzka liczby punktów na 10 tys. ubezpieczonych jest niższa niż 80% średniej krajowej.

Część tabelaryczna planów zakupu świadczeń podzielona została na cztery części:

1. Część tabelaryczną A, tj. zagregowany plan zabezpieczenia świadczeń. W tej części uwzględniono populację Oddziału Wojewódzkiego - w podziale na liczbę oraz wartość świadczeń planowaną do sfinansowania ogółem dla populacji województwa, w tym poza województwem zamieszkania (migracja).
2. Część tabelaryczną B1 tj. szczegółowy plan zakupu świadczeń, w podziale na zakresy świadczeń, obszary planowania (gmina, powiat, województwo), liczbę jednostek rozliczeniowych, w tym realizowanych w ramach migracji (świadczeniobiorcy z zewnątrz), cenę jednostek rozliczeniowych oraz wartość świadczeń, w tym realizowanych w ramach migracji.
3. Część tabelaryczną B2, tj. plan zakupu świadczeń – część publikowana, w podziale na liczbę jednostek rozliczeniowych do zakontraktowania ogółem w rozbiu na rodzaje i zakresy w ramach województwa.
4. Część tabelaryczną B3 tj. zagregowany plan zakupu świadczeń na potrzeby planu zbiorczego. Plan ten przygotowano wg szczegółowego wzoru uwzględniającego szacunkowe wartości środków przeznaczonych na migracje.

(dowód: akta kontroli str. 72 - 503)

Ponadto w Oddziale sporządzane były analizy realizacji planów zakupu świadczeń. W analizach tych uwzględniano kwestie poprawy dostępności świadczeń, w tym z uwzględnieniem sytuacji demograficznej, odległości do poszczególnych placówek, dostępności w podziale na poszczególne powiaty województwa.

(dowód: akta kontroli str. 504-703)

Oddział otrzymywał z Centrali NFZ wytyczne w zakresie tworzenia obszarów kontraktowania. Przypisano w nich poszczególnym rodzajom świadczeń zakres geograficzny kontraktowania, w zależności od zapotrzebowania: województwo, grupa powiatów, powiat, grupa gmin, gmina, grupa dzielnic, dzielnica.

(dowód: akta kontroli str. 704-716)

W 2013 r. sporządzona została *Analiza poziomu zabezpieczenia świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w 2013 r. oraz ich realizacji w okresie I-V 2013*. Analizę tą sporządzono z dokładnością do obszarów kontraktowania zdefiniowanych dla poszczególnych zakresów w obowiązującym planie zakupu świadczeń. Umieszczono w niej informacje dotyczące liczby miejsc udzielenia świadczeń, liczby punktów przypadających na 10 tys. ludności zamieszkującej dany obszar oraz poziom realizacji umów w okresie styczeń – maj 2013 r.

(dowód: akta kontroli str. 717-736)

W okresie objętym kontrolą sporządzano analizy wykonania świadczeń z podziałem na poszczególnych świadczeniodawców, z uwzględnieniem przeprowadzenia wizytacji.

Oddział analizował również nakłady na świadczenia w każdym powiecie województwa podkarpackiego z uwzględnieniem liczby ludności powiatu, wskaźnika liczby punktów na 1000 mieszkańców w powiecie, średnią liczbę punktów na 1000

mieszkańców w województwie, liczbę miejsc udzielania świadczeń oraz liczbę godzin czasu pracy personelu zatrudnionego w poradniach w danym powiecie (w wymiarze tygodniowym). W przypadku stwierdzenia konieczności poprawy dostępności do świadczeń, organizowano konkursy uzupełniające.

(dowód: akta kontroli str. 737-814)

W Oddziale, sporządzono *Ocenę dostosowywania ochrony zdrowia w woj. podkarpackim do trendów demograficzno-epidemiologicznych*. W ramach tej oceny dokonywano analizy geograficznego zabezpieczenia dostępu do świadczeń (z dokładnością do powiatu). Również z dokładnością do powiatu sporządzano analizę działalności oddziałów szpitalnych realizujących świadczenia z zakresu kardiologii inwazyjnej w I półroczu 2012. Monitorowano również realizację świadczeń dializoterapii na terenie woj. Podkarpackiego w latach 2009 – 2013. Analizę dostępności i jakości świadczeń prowadzono również odnośnie profilaktycznych programów zdrowotnych realizowanych na poziomie POZ finansowanych przez NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 815-906)

W złożonym wyjaśnieniu, Dyrektor Oddziału, Pani Grażyna Hejda podała m.in, iż: *Działania Funduszu, o których stanowi art. 97 ust. 3 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych są podejmowane na poziomie Centrali NFZ, co skutkuje przede wszystkim wydaniem przez Prezesa NFZ zarządzeń określających warunki zawierania i realizacji umów oraz kryteria oceny ofert. (...) Na podstawie wydanych zarządzeń Prezesa NFZ w sprawie kryteriów oceny ofert, w trakcie postępowania konkursowego Oddział Wojewódzki może dokonać porównania ofert pod względem jakości i dostępności. Powyższe zarządzenia ściśle precyzują wg jakich kryteriów należy oceniać jakość i dostępność w danym rodzaju i zakresie, którego oferta dotyczy.(...) Na etapie planowania zakupu świadczeń Oddział wykorzystuje dokonywane w trakcie roku analizy, zestawienia tabelaryczne, mapy rozmieszczenia świadczeniodawców. Zestawienia przygotowywane są na potrzeby osób zarządzających w Oddziale i zgodnie z ich oczekiwaniami. Na podstawie uzyskanych danych podejmowane są np. decyzje o zwiększeniu finansowania w danym rodzaju świadczeń na rok następny, czy też przeprowadzeniu konkursów uzupełniających na wybrane świadczenia w sytuacji braku dostępności na określonym obszarze. Podkreślić należy, że dla świadczeń objętych kontrolą żaden przepis prawa nie określa wskaźników jakie należy osiągnąć, by uznać świadczenia jako zabezpieczone. (...) Dodać należy, iż bez względu na pozycję poradni w rankingu, POW NFZ nie może odmówić finansowania świadczeń realizowanych przez tę poradnię w sytuacji, gdy spełnia ona wymagania określone w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych i została wyłoniona w postępowaniu konkursowym przeprowadzonym na podstawie z art. 139 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Decyzją Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w Centrali, w czerwcu 2014 roku został powołany Centralny Zespół Analityczny ds. oceny efektywności świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w skład którego weszli również przedstawiciele POW NFZ. Jego zadaniem było wypracowanie jednolitych metod oceny wybranych poradni na terenie wszystkich oddziałów NFZ.*

(dowód: akta kontroli str. 67-71)

1.3

W Oddziale znajdowała się korespondencja z jednostkami samorządu terytorialnego, m.in.:

- ze Starostwem Powiatowym w Nisku (w sprawie dostępności POZ na terenie powiatu niżańskiego),

- z Urzędem Miasta i Gminy Baranów Sandomierski (w sprawie opieki higienistki szkolnej na terenie Gminy),
- z Urzędem Marszałkowskim Województwa Podkarpackiego (w sprawie poradni konsultacyjnej do spraw szczepień ochronnych),
- ze Starostwem Powiatowym w Mielcu (w sprawie zabezpieczenia ambulatoryjnych świadczeń kardiologicznych dla mieszkańców powiatu mieleckiego),
- z Urzędem Gminy Radomyśl nad Sanem (w sprawie cesji umów zawartych przez gminny SP ZOZ),
- z GOPS we Fredropolu (w sprawie zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych na terenie Gminy Fredropol),
- z GOPS w Krasieczynie (w sprawie zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych na terenie Gminy Krasieczyn),
- z MOPS w Przeworsku (w sprawie zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych w Mieście Przeworsku),
- z Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Dębicy (w sprawie zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych na terenie powiatu dębickiego).

(dowód: akta kontroli str. 907-937)

W sprawie zabezpieczenia świadczeń POZ na terenie województwa podkarpackiego, Pani Grażyna Hejda wyjaśniła m.in, iż: *Zgodnie z obowiązującymi przepisami zawiera się umowę ze świadczeniodawcą spełniającym warunki do zawarcia umowy określone przez Prezesa NFZ. Realizując ten przepis Dyrektor Oddziału Funduszu zamieszcza na stronie internetowej Oddziału oraz udostępnia w siedzibie Oddziału informacje o warunkach zawarcia umowy o udzielanie świadczeń w zakresie POZ. (...) Świadczeniodawcy składają wniosek do 10 dnia miesiąca. Złożony prawidłowo wniosek rozpatrywany jest w czasie umożliwiającym zawarcie umowy od pierwszego dnia kolejnego okresu sprawozdawczego tj. od pierwszego dnia następnego miesiąca. Reasumując, ogłasza się jedno postępowanie na dany rok kalendarzowy, a umowę zawiera się z każdym podmiotem, który spełnia stosowne wymagania.*

W zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej Pani Dyrektor wyjaśniła, iż podczas tworzenia planu zakupów świadczeń oraz tworzenia obszarów zabezpieczenia zarówno w ramach konkursów ofert obejmujących realizację świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na okres od 01.03.2011 do 31.12.2012 jak i na okres od 01.01.2013 do 31.12.2014 uwzględniano głosy napływające z samorządu terytorialnego. (...) W okresie od 01.01.2012 do 30.06.2014 samorząd lokalny realizując swoje ustawowe obowiązki wynikające z Rozdziału 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (...) wielokrotnie kontaktował się z Podkarpackim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Rzeszowie.

W w/w okresie czasu Dyrekcja Oddziału Funduszu odbyła kilkadziesiąt spotkań z władzami publicznymi różnych szczebli tj. marszałkiem województwa, wojewodą, prezydentami i burmistrzami miast, starostami powiatów, wójtami i radnymi gmin, dotyczących problematyki zabezpieczenia i realizacji świadczeń opieki zdrowotnej na terenie województwa podkarpackiego. Ponadto POW NFZ przygotowywał na potrzeby samorządu terytorialnego dane dotyczące zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na konkretnym terenie. Jako przykłady można wskazać korespondencję dotyczącą opracowywania oceny zasobów pomocy społecznej na terenie gminy Fredropol (2012 rok), gminy Krasieczyn (2012 rok), gminie miejskiej Przeworsk (2012 rok), na terenie powiatu dębickiego (2013 rok), ponownie miasta Przeworsk (2013 rok), miasta Jasło (2013 r.). W roku 2014 na prośbę Starostwa Powiatowego w Nisku, w związku z opracowywaniem Aktualizacji Strategii

Zrównoważonego Rozwoju Powiatu Niżańskiego Oddział Funduszu przygotowywał dane dotyczące służby zdrowia w powiecie niżańskim. W roku 2013 r. POW NFZ, mając na uwadze konieczność zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, w związku z likwidacją Gminnego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Radomyślu nad Sanem prowadził korespondencję z władzami gminy Radomyśl nad Sanem. W związku z trudnościami dotyczącymi zabezpieczenia świadczeń kardiologicznych na terenie powiatu mieleckiego Oddział Funduszu informował na bieżąco o zaistniałym problemie i sposobach jego rozwiązania Starostę Powiatu Mieleckiego.

(dowód: akta kontroli str. 67-71)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

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

2. Postępowania konkursowe o udzielenie świadczeń w rodzaju AOS

Opis stanu
faktycznego

2.1

W okresie objętym kontrolą, w Oddziale rozpoczęto łącznie 64 postępowania konkursowe, w tym:

- 50 w 2012 r. (w tym 4 dotyczące diabetologii i 4 dotyczące kardiologii),
- 5 w 2013 r. (żadne postępowanie nie dotyczyło diabetologii i kardiologii),
- 9 w I poł. 2014 r. (w tym jedno postępowanie dotyczyło kardiologii).

W okresie objętym kontrolą unieważniono łącznie 18 postępowań, w tym:

- 15 w 2012 r. (po jednym postępowaniu w ramach diabetologii i kardiologii),
- jedno postępowanie w 2013 r. (nie dotyczyło diabetologii ani kardiologii),
- dwa postępowania w I poł. 2014 r. (nie dotyczyły diabetologii ani kardiologii).

Przyczyny unieważnienia postępowania to:

- odrzucenie wszystkich ofert (w 13 przypadkach),
- brak ofert (4 przypadki),
- wpłynięcie jednej oferty niepodlegającej odrzuceniu (1 przypadek).

W okresie objętym kontrolą, w Oddziale nie odnotowano przypadków, w których podjęto decyzje o przeprowadzeniu rokowań.

(dowód: akta kontroli str. 938-940)

2.2

Szczegółowej analizie poddano cztery postępowania konkursowe (dwa dotyczące diabetologii oraz dwa dotyczące kardiologii).

Postępowania objęte szczegółową kontrolą zostały przeprowadzone na podstawie następujących regulacji wewnętrznych NFZ:

- Zarządzenia Nr 73/2009/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 13 listopada 2009 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- Zarządzenia Nr 49/2010/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 31 sierpnia 2010 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- Zarządzenia Nr 62/2009/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 2 listopada 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna,
- Procedury konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (przyjętej pismem nr CF/DSOZ/KAC/2010/075/0830/W/18141),
- Regulaminu pracy komisji prowadzącej postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (załącznik do uchwały Nr 36/2005/I Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 października 2005 r.).

(dowód: akta kontroli str. 941-1170)

A. Postępowanie nr 09-11-000238/AOS/02/1/02.1100.001.02/1 w rodzaju AOS, w zakresie kardiologii na obszarze powiatu jarosławskiego.

Postępowanie zostało przeprowadzone w okresie od dnia 16 września 2010 r. do dnia 10 grudnia 2010 r. w siedzibie OW NFZ w Rzeszowie. Komisja konkursowa liczyła 17 członków, z których wszyscy złożyli oświadczenia wymagane przepisami³ w dniu otwarcia ofert, tj. 11 października 2010 r. Nie odnotowano przypadków wyłączenia członka komisji konkursowej. W ramach postępowania wpłynęło 5 ofert, z których żadna nie została odrzucona. Komisja konkursowa przeprowadziła kontrolę u jednego oferenta. Nie odnotowano przypadków odwołań. Wszystkie oferty zostały uznane za spełniające warunki. Wartość wybranych ofert wyniosła 277.880,00 zł. Dokumentacja z postępowania zawierała wszystkie wymagane przepisami elementy⁴.

(dowód: akta kontroli str. 1171-1231)

B. Postępowanie nr 09-11-000364/AOS/02/1/02.1100.001.02/1 w rodzaju AOS, w zakresie kardiologii na obszarze powiatu stalowowolskiego.

Postępowanie zostało przeprowadzone w okresie od dnia 16 września 2010 r. do dnia 26 listopada 2010 r. w siedzibie OW NFZ w Rzeszowie. Komisja konkursowa liczyła 17 członków, z których wszyscy złożyli oświadczenia wymagane przepisami w dniu otwarcia ofert, tj. 11 października 2010 r. Nie odnotowano przypadków wyłączenia członka komisji konkursowej. W ramach postępowania wpłynęły 3 oferty, z których jedną odrzucono z uwagi na niespełnianie wymaganych warunków (art. 146 ust. 1 pkt ustawy). Komisja konkursowa przeprowadziła kontrolę u jednego oferenta. Nie odnotowano przypadków odwołań. Dwie oferty zostały uznane za spełniające warunki.

³ Zgodnie z §5 ust 2 i 3 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.

⁴ Określone w §7 ww. rozporządzenia.

Wartość wybranych ofert wyniosła 143.850,00 zł. Dokumentacja z postępowania zawierała wszystkie wymagane przepisami elementy.

(dowód: akta kontroli str. 1232-1281)

- C. Postępowanie nr 09-11-000435/AOS/02/1/02.1020.001.02/1 w rodzaju AOS, w zakresie diabetologii na obszarze grupy powiatów: bieszczadzkiego, brzozowskiego, jasielskiego, krośnieńskiego, sanockiego, leskiego i krośnieńskiego.

Postępowanie zostało przeprowadzone w okresie od dnia 16 września 2010 r. do dnia 10 grudnia 2010 r. w siedzibie OW NFZ w Rzeszowie. Komisja konkursowa liczyła 17 członków, z których wszyscy złożyli oświadczenia wymagane przepisami w dniu otwarcia ofert, tj. 11 października 2010 r. Nie odnotowano przypadków wyłączenia członka komisji konkursowej. W ramach postępowania wpłynęło 8 ofert, z których dwie odrzucono z uwagi na niespełnianie wymaganych warunków (art. 146 ust. 1 pkt ustawy), zaś jedną ofertę odrzucono z uwagi na nieprzedstawienie przez oferenta wszystkich wymaganych dokumentów i nieuzupełnienia ich w terminie. Komisja konkursowa przeprowadziła kontrolę u jednego oferenta. Nie odnotowano przypadków odwołań. Dwie oferty zostały uznane za spełniające warunki. Wartość wybranych ofert wyniosła 289.870,00 zł. Dokumentacja z postępowania zawierała wszystkie wymagane przepisami elementy.

(dowód: akta kontroli str. 1282-1362)

- D. Postępowanie nr 09-11-900915/AOS/02/1/02.1020.001.02/1 w rodzaju AOS, w zakresie diabetologii na obszarze grupy powiatów: brzozowskiego, tarnobrzskiego, leskiego oraz m. Tarnobrzeg.

Postępowanie zostało przeprowadzone w okresie od dnia 21 grudnia 2010 r. do dnia 24 stycznia 2011 r. w siedzibie OW NFZ w Rzeszowie. Komisja konkursowa liczyła 7 członków, z których wszyscy złożyli oświadczenia wymagane przepisami w dniu otwarcia ofert, tj. 24 stycznia 2011 r. Nie odnotowano przypadków wyłączenia członka komisji konkursowej. W ramach postępowania wpłynęły 4 oferty, z których żadna nie została odrzucona. Komisja konkursowa nie przeprowadzała w trakcie konkursu kontroli oferentów. Nie odnotowano przypadków odwołań. Wartość wybranych ofert wyniosła 84.210,00 zł. Dokumentacja z postępowania zawierała wszystkie wymagane przepisami elementy.

(dowód: akta kontroli str. 1363-1399)

W złożonym wyjaśnieniu, Dyrektor Oddziału, Pani Grażyna Hejda podała, iż: *Oferty w formie elektronicznej (która jest odbiciem wersji papierowej), wczytywane są do systemu informatycznego NFZ do modułu Konkurs Ofert, którego dostawcą jest firma Kamsoft S.A. z siedzibą w Katowicach. Oferta weryfikowana jest pod kątem spełnienia warunków formalnych, tj. wszystkich dokumentów wymaganych zarządzeniem Prezesa NFZ w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz warunków wymaganych dla realizacji świadczeń w konkretnym zakresie świadczeń (poradni), zgodnie z wymogami zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Za warunki formalne nie są przyznawane żadne punkty oferentom. Punktowaniu w ofertach podlegają odpowiedzi na pytania ankietowe. Oferent odpowiadając na*

pytania oświadcza, że spełnia (lub nie) m.in. warunki konieczne do realizacji świadczeń (personel, sprzęt, zapewnienie badań u podwykonawców, czas pracy poradni i. in.). oraz zapewnia dostęp poradni dla osób niepełnosprawnych, posiadał (lub nie) umowę we wcześniejszym okresie, posiada certyfikaty ISO i in. Oferta może uzyskać także punkty ujemne, o ile w trakcie przeprowadzonych u oferenta kontroli (zakończonych przed wszczęciem postępowania konkursowego), stwierdzone były konkretne nieprawidłowości. Punkty naliczane są przez program, wg. wzoru ustalonego u zarządzeniu Prezesa w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, określającego ilość punktów, jaką oferent może uzyskać udzielając konkretnych odpowiedzi, na zawarte w szablonie oferty pytania. Szablon oferty przygotowywany jest przez Centralę NFZ. Komisja konkursowa poza tym szablonem nie ma możliwości przyznania punktów ofercie. Weryfikacja pod kątem zgodności danych zawartych w ofercie przeprowadzana jest w pierwszej części poprzez wzywanie oferentów do złożenia wyjaśnień, ew. dokumentów potwierdzających dane zawarte w ofercie, np. kopie dyplomów/kart specjalizacyjnych personelu, opinia sanitarna na pomieszczenia, dokumenty potwierdzające prawo do lokalu, posiadane certyfikaty ISO. Te dodatkowe dokumenty dają potwierdzenie dla części udzielonych odpowiedzi ankietowych podlegających punktowaniu. Wyjaśnienia skutkują niejednokrotnie zmianą udzielonych odpowiedzi ankietowych na niekorzyść oferenta, a tym samym obniżeniem punktacji oferty. Zgodnie z zaleceniami wprowadzonej przez Prezesa NFZ „Procedury konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”, w trakcie postępowań konkursowych obligatoryjnie przeprowadzane są kontrole u oferentów, którzy nie posiadali we wcześniejszym okresie umowy w danym zakresie świadczeń. Celem tych kontroli jest sprawdzenie czy dane zawarte w ofercie, są zgodne ze stanem faktycznym (np. czy jest deklarowany sprzęt, czy posiada aktualne przeglądy). U oferentów, którzy mieli już umowy w roku poprzednim, kontrole przeprowadzone są w przypadku, jeżeli komisja konkursowa stwierdza, że taka kontrola jest zasadna, np. oferent wykazuje sprzęt, którego wcześniej nie posiadał.

(dowód: akta kontroli str. 1580-1581)

2.3

W 2012 r. o zawarcie umowy w ramach AOS ubiegało się 22 świadczeniodawców publicznych (którzy złożyli łącznie 44 oferty) oraz 10 świadczeniodawców niepublicznych (którzy złożyli łącznie 15 ofert).

W 2013 r. o zawarcie umowy w ramach AOS ubiegało się 4 świadczeniodawców publicznych (którzy złożyli łącznie 5 ofert) oraz 4 świadczeniodawców niepublicznych (którzy złożyli łącznie 4 oferty).

W I poł. 2014 r. o zawarcie umowy w ramach AOS ubiegało się 4 świadczeniodawców publicznych (którzy złożyli łącznie 6 ofert) oraz 5 świadczeniodawców niepublicznych (którzy złożyli łącznie 5 ofert).

W roku 2012 oferty w zakresie diabetologii złożyło 6 świadczeniodawców publicznych, zaś w zakresie kardiologii 3 świadczeniodawców publicznych oraz 2 niepublicznych. W okresie 2013 r. – I poł. 2014 r. nie było ofert od świadczeniodawców w zakresie diabetologii i kardiologii.

Komisja konkursowa przeprowadziła kontrole świadczeniodawcy ubiegającego się o zawarcie umowy w celu potwierdzenia prawidłowości danych zawartych w ofercie łącznie w 39 przypadkach, w tym:

- w 2012 r. w 23 przypadkach (jedna kontrola dotyczyła diabetologii),

- w 2013 r. w 8 przypadkach (żadna kontrola nie dotyczyła diabetologii lub kardiologii),
- w I poł. 2014 r. w 8 przypadkach (żadna kontrola nie dotyczyła diabetologii lub kardiologii),

Komisja konkursowa żądała dostarczenia dokumentów potwierdzających dane i informacje przekazane przez świadczeniodawców łącznie w 53 przypadkach, w tym:

- w 2012 r. w 40 przypadkach (4 żądania dotyczyły diabetologii, 5 żądań dotyczyło kardiologii),
- w 2013 r. w 6 przypadkach (nie dotyczyły one diabetologii ani kardiologii),
- w I poł. 2014 r. w 7 przypadkach (nie dotyczyły one diabetologii ani kardiologii).

W okresie objętym kontrolą w ramach postępowań konkursowych dotyczących AOS odrzucono łącznie 22 oferty (w tym 2 z zakresu diabetologii i jedną z zakresu kardiologii).

Przyczynami odrzucenia ofert były:

- złożenie oferty zawierającej nieprawdziwe informacje – 6 przypadków,
- nieważność oferty na podstawie odrębnych przepisów – 1 przypadek,
- nie spełnianie przez oferenta lub ofertę wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – 15 przypadków (w tym 2 dotyczące diabetologii oraz 1 dotyczący kardiologii).

W okresie objętym kontrolą w ramach postępowań konkursowych dotyczących AOS wybrano 56 ofert, w tym:

- w 2012 r. 30 ofert od świadczeniodawców publicznych (4 dotyczące diabetologii i 2 dotyczące kardiologii) oraz 10 ofert od świadczeniodawców niepublicznych (w tym 2 dotyczące kardiologii),
- w 2013 r. 4 oferty od świadczeniodawców publicznych oraz 4 oferty od świadczeniodawców niepublicznych,
- w I poł. 2014 r. 5 ofert od świadczeniodawców publicznych oraz 3 oferty od świadczeniodawców niepublicznych.

W okresie 2013 r. – I poł. 2014 r. nie wybierano ofert z zakresów diabetologii i kardiologii.

W okresie objętym kontrolą nie było odwołań od decyzji komisji do Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego, do Prezesa NFZ ani skarg do sądu administracyjnego.

(dowód: akta kontroli str. 938-940)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

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

3. Rozliczanie umów o świadczenia POZ i AOS

3.1

Opis stanu
faktycznego

Wszystkie świadczenia sprawozdawane przez świadczeniodawców w raportach statystycznych podlegały walidacji i weryfikacji. W 2012, 2013 i 2014 roku

przeprowadzano weryfikację świadczeń sprawozdanych przez świadczeniodawców przy wykorzystaniu modułu informatycznego, w systemie „SWIAD”.

Uruchamiane procesy weryfikacyjne obejmowały:

1. Centralne Warunki Walidacji (CWW) i Centralne Reguły Weryfikacji (CRW), które były opracowywane i aktualizowane przez Zespół ds. walidacji i weryfikacji powołany w Centrali NFZ.
2. Reguły funkcjonujące w Systemie Dodatkowej Weryfikacji Świadczeń Zdrowotnych (SDWSZ) – obsługiwane w odrębnym module informatycznym.
3. Dodatkowe reguły weryfikacyjne opracowane przez pracowników Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego. Reguły obejmowały sprawdzenia nie ujęte w ramach CWW i CRW i zostały zawieszone na podstawie pisma Centrali NFZ NFZ/CF/DSOZ/2014/075/0213/W/05210/LSZ z 21 lutego 2014 r.

Reguły CWW i CRW obsługiwane są w module informatycznym „Weryfikacje”, zaś reguły SDWSZ w odrębnym systemie, a wyniki są importowane do modułu „Weryfikacji”.

Najczęściej występującymi nieprawidłowościami w raportach statystycznych były:

W 2012 r.:

- status ubezpieczenia świadczeniobiorcy w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych nie wskazuje na wykazany tytuł uprawnienia (wartość: 499.474,00 zł),
- tytuł uprawnienia „U” niezgodny ze statusem w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych (wartość: 415.697,00 zł),
- dzień tygodnia udzielania świadczenia niezgodny z zakontraktowanym harmonogramem pracy osoby udzielającej świadczenie (wartość: 556.346,72 zł).

W 2013 r.:

- dzień tygodnia udzielania świadczenia niezgodny z zakontraktowanym harmonogramem pracy osoby udzielającej świadczenie (wartość: 10.334.610,54 zł),
- nie przekazano danych o zleceniu (świadczenie A) (wartość: 5.938.422,07 zł),
- dzień tygodnia udzielania świadczenia niezgodny z zadeklarowanym harmonogramem pracy osoby udzielającej świadczenie (wartość: 6.307.943,74 zł).

W 2014 r.:

- dzień tygodnia udzielania świadczenia niezgodny z zakontraktowanym harmonogramem pracy osoby udzielającej świadczenie (wartość: 6.422.628,81 zł),
- przekazano nieprawidłowy kod świadczenia wg MZ (wartość: 573.696,80 zł),
- dzień tygodnia udzielania świadczenia niezgodny z zadeklarowanym harmonogramem pracy osoby udzielającej świadczenie (wartość: 2.642.122,45 zł).

W module „Weryfikacje” procesy weryfikacji świadczeń w POW NFZ uruchamiane są codziennie, a ich wyniki publikowane są na Portalu Świadczeniodawcy. Okresowo (najczęściej raz na kwartał) przeprowadzane są weryfikacje wsteczne. Częstotliwość uruchamiania weryfikacji wstecznych wynika z zaleceń Centrali NFZ. W weryfikacjach wstecznych bada się koincydencje świadczeń, których nie można zweryfikować w codziennej weryfikacji.

W złożonym wyjaśnieniu, Dyrektor Oddziału, Pani Grażyna Hejda podała, iż w przypadku zidentyfikowania błędów świadczeniodawca zobowiązany jest do korekty świadczeń lub złożenia stosownego wyjaśnienia do POW NFZ. Tylko poprawnie

zweryfikowane świadczenia są uwzględniane w procesie naliczania wartości do rozliczenia realizacji umowy świadczeniodawcy z NFZ. W przypadku stwierdzenia błędów w świadczeniach uprzednio sfinansowanych zgodnie § 28 Ogólnych Warunków Umów stanowiących załącznik do Rozporządzenia Ministra Zdrowia świadczeniodawca powinien dokonać korekty dokumentów rozliczeniowych w terminie 14 dni.

(dowód: akta kontroli str. 1400-1420)

3.2

Do prac przy planowaniu kontroli wykonania umów o świadczenia POZ i AOS Dyrektor Oddziału powołał Zespół ds. opracowania planu kontroli. Zespół ten składa się z kierowników działów: kontroli, kontraktowania, środków pomocniczych, monitoringu, służb mundurowych, działu skarg. W ramach pracy zespołu identyfikuje się obszary zagrożeń i potencjalnych nieprawidłowości oraz wyznacza cele kontroli. Opracowano wzór tabeli wg której kierownicy poszczególnych komórek organizacyjnych przekazują drogą elektroniczną propozycje wraz uzasadnieniem do planu kontroli. Propozycje zostają poddane analizie: sprawdza się ilość przeprowadzonych kontroli u wskazanych świadczeniodawców, wyniki tych kontroli, wysokości kontraktów i inne aspekty, które są omawiane w ramach pracy zespołu. Ponadto analizie poddaje się wykonanie planu kontroli za poprzednie lata w celu wybrania optymalnej liczby jednostek do kontroli. Mając na względzie możliwości kadrowe działu dokonuje się analizy kontroli wykonanych w latach poprzednich, uwzględnia się także wymogi terminowego przekazywania kontrolowanym protokołów kontroli oraz wystąpień pokontrolnych. Przy ustalaniu podmiotów do kontroli wykorzystuje się także analizy przekazywane przez dział monitoringu i analiz.

Plan oraz wykonanie kontroli planowych w poszczególnych latach kształtowało się następująco:

W roku 2012 zaplanowano 133 kontrole, z czego wykonano 81 kontroli, w roku 2013 zaplanowano 88 kontroli, z czego wykonano 85 kontroli, w roku 2014 zaplanowano 110 kontroli, z czego w I półroczu 2014 r. wykonano 28 kontroli.

Niewykonanie planu kontroli za poszczególne lata wynikało z przeprowadzenia większej ilości kontroli doraźnych.

W roku 2012 wykonano łącznie 142 kontrole, z tego 81 planowych oraz 61 doraźnych. W ramach AOS w 2012 r. wykonano 20 kontroli, z tego 11 planowych oraz 9 doraźnych. W ramach POZ w 2012 r. wykonano 16 kontroli, w tym 5 planowych oraz 11 doraźnych.

W roku 2013 wykonano łącznie 190 kontroli, z tego 85 planowych oraz 105 doraźnych. W ramach AOS w 2013 r. wykonano 31 kontroli, z tego 9 planowych oraz 22 doraźne. W ramach POZ w 2013 r. wykonano 26 kontroli, w tym 9 planowych oraz 17 doraźnych.

W I półroczu 2014 r. wykonano łącznie 51 kontroli, z tego 28 planowych oraz 23 doraźne. W ramach AOS w I półroczu 2014 wykonano 20 kontroli, z tego 9 planowych oraz 11 doraźnych. W ramach POZ w I półroczu 2014 r. wykonano 3 kontrole, w tym 1 planową oraz 2 doraźne.

Zgodnie z Zarządzeniem Nr 23/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 maja 2009 r. w sprawie planowania, przygotowywania i prowadzenia postępowania kontrolnego oraz realizacji wyników kontroli decyzję o przeprowadzeniu kontroli doraźnej podejmuje Dyrektor Oddziału Wojewódzkiego NFZ z własnej inicjatywy lub na zlecenie Prezesa NFZ. Dla każdej kontroli doraźnej

zgodnie z ww. Zarządzeniem sporządzane jest zlecenie kontroli doraźnej oraz tematyka i wskazówki metodyczne. Kontrole doraźne stanowią ponad 50% kontroli prowadzonych przez OW NFZ. Kontrole doraźne wynikają z bieżącej działalności Oddziału, stanowią reakcję na doraźne problemy związane z realizacją umów, w tym na skargi pacjentów, zgłoszenia do ZIP (Zintegrowany Informator Pacjenta), toczące się procesy sądowe w sprawie tzw. „nadwykonań”, wnioski świadczeniodawców o zmianę finansowania (izby przyjęć, SOR) itp. Ponadto kontrole doraźne były zlecane przez Prezesa NFZ np. pismem z dnia 3 kwietnia 2014 r. Prezes NFZ zlecił przeprowadzenie kontroli w zakresie koincydencji świadczeń.

W wyniku kontroli POZ zakwestionowano świadczenia na kwotę: w 2012 r. - 78 370,97 zł, w 2013 r. - 145 076,00 zł, w I połowie 2014 r. – 0 zł, zaś wartość kar umownych nałożonych na świadczeniodawców wyniosła: w 2012 r. - 19 367,35 zł, w 2013 r. - 94 509,02 zł, w I połowie 2014 r. – 1 000,31 zł.

W wyniku kontroli AOS zakwestionowano świadczenia na kwotę: w 2012 r. - 52 952,59 zł, w 2013 r. - 53 049,30zł, w I połowie 2014 r. – 50 376,15 zł, zaś wartość kar umownych nałożonych na świadczeniodawców wyniosła: w 2012 r. - 20 941,46 zł, w 2013 r. - 38 764,30 zł, w I połowie 2014 r. – 17 953,73 zł.

W wyniku przeprowadzonych kontroli rozwiązano dwie umowy. W 2012 r. z powodu braku możliwości kontaktu ze świadczeniodawcą (POZ), zaś w 2013 r. z powodu braku lekarza POZ.

Najczęściej występującymi nieprawidłowościami w realizacji umów były:

W ramach POZ:

- brak deklaracji wyboru lekarza lub pielęgniarki POZ,
- nieprawidłowe wykazywanie do rozliczenia świadczeń korygowanych współczynnikiem 3,0,
- brak informacji dla pacjentów wymaganych przepisami § 11 ust 4 i 5 Ogólnych Warunków Umów,
- niezgodne ze stanem faktycznym harmonogramy pracy personelu,
- braki w wyposażeniu gabinetów lekarza, pielęgniarki POZ

W ramach AOS:

- wykazywanie świadczeń do POW NFZ niezgodnie zarządzeniami Prezesa NFZ (niewłaściwa kwalifikacja udzielonych świadczeń do typów porad),
- udzielanie świadczeń niezgodnie z wykazem personelu, nie aktualizowanie na bieżąco zmian w wykazie personelu,
- brak informacji dla pacjentów wymaganych przepisami § 11 ust 4 i 5 Ogólnych Warunków Umów,
- ograniczenia dostępności do świadczeń, przerwy w udzielaniu świadczeń bez powiadomienia POW NFZ,
- nie prowadzenie rejestru oczekujących, nie przysyłanie raportów kolejkowych do POW NFZ,
- udzielanie świadczeń przez lekarza nie zgłoszonego w umowie.

Ww. nieprawidłowości w ramach AOS nie były różnicowane ze względu na zakresy świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 1421-1531)

3.3

Dział Monitorowania, Analiz i Planowania świadczeń comiesięcznie sporządza raport z realizacji umów. Raport sporządzany jest jedynie w wersji elektronicznej i zamieszczany we wspólnym folderze. Informacja o przygotowanym raporcie przekazywana jest do zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych, Naczelnika Wydziału Ekonomiczno-Finansowego, Naczelnika Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej oraz Kierowników Działu Kontraktowania i Działu Kontroli. Okresowo przygotowywane były również analizy na podstawie których sporządzane były aneksy do zawartych umów. W załączeniu przykładowe analizy: realizacji świadczeń przez poradnie dziecięce, realizacji świadczeń w zakresie chirurgii ogólnej, gastroscopii i kolonoskopii.

W złożonym wyjaśnieniu, Dyrektor Oddziału, Pani Grażyna Hejda podała, iż *przeprowadzane analizy mają wpływ na planowanie świadczeń w latach następnych.*

(dowód: akta kontroli str. 1582-1610, 1611-1613)

3.4

Wykonane, ponad limit wynikający z umowy, świadczenia w Ambulatoryjnej Opiece Specjalistycznej w latach 2012 i 2013 zostały zapłacone w całości przez Podkarpacki Oddział Wojewódzki NFZ w rozliczeniu rocznym za dany rok.

W odniesieniu do 2012 roku:

- w oparciu o Wytoczne Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 21 stycznia 2013r. (znak: NFZ/CF/DEF/2013/W/01498/BE) i 23 stycznia 2013r. (znak: NFZ/CF/DEF/2013/W/01811/BE) Dyrektor POW NFZ wydał zarządzenia dotyczące dwuetapowego procesu rozliczenia umów obowiązujących w 2012 roku:

- Zgodnie z Zarządzeniem Nr 16/2013 z dnia 23 stycznia 2013 roku w sprawie określenia zasad końcowego rozliczenia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w 2012 roku, w celu efektywnego zrealizowania planu zakupu świadczeń na 2012 rok zapłacone zostały świadczenia w Ambulatoryjnej Opiece Specjalistycznej tzw. „nielimitowane”, wg umowy (postawa: załącznik nr 2 część a do Zarządzenia nr 81/2011DSOZ Prezesa NFZ z dnia 4.11.2011r., ze zmianami).

- Zgodnie z Zarządzeniem Nr 27/2013 z dnia 12 lutego 2013 roku w sprawie zasad realizacji zadania związanego z zawieraniem ugód/aneksów rozliczających zrealizowane świadczenia w 2012 roku zapłacone zostały pozostałe świadczenia „ponadlimitowe”.

Ze względu na ograniczoną ilość środków w planie finansowym w rodzaju AOS ustalone zostały priorytety finansowania oraz wskaźniki określające wysokość zapłaty za świadczenia w danym zakresie, zgodnie z załącznikiem nr 2 do Zarządzenia.

W przypadku świadczeń z zakresu kardiologii zapłacone zostały świadczenia w wysokości 80 % zrealizowanych świadczeń ponad limit określony w umowie, w przypadku świadczeń w zakresie kardiologii dziecięcej w wysokości 80 % i świadczeń z zakresu diabetologii w wysokości 60%.

Stosowne aneksy zawierały również postanowienia dotyczące zrzeczenia się przez świadczeniodawcę roszczeń w odniesieniu do pozostałych „nadwykonań”.

Powyższe zasady zastosowane zostały jednakowo, w stosunku do wszystkich świadczeniodawców realizujących umowy w rodzaju AOS.

W odniesieniu do 2013 roku:

- w oparciu o Wytyczne Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 grudnia 2013r. (znak: NFZ/CF/DEF/2013/077/0348/W/34525/DAJ) w Podkarpackim Oddziale Wojewódzkim NFZ opracowany został „Harmonogram działań w celu przeprowadzenia procesu rozliczenia świadczeń „ponadlimitowych” za rok 2013 we wszystkich rodzajach świadczeń” i podpisany przez Dyrektora Oddziału 3 stycznia 2014r.

- Po zrealizowaniu działań objętych harmonogramem, 16 stycznia 2014r. Dyrektor POW NFZ wydał Zarządzenie Nr 10/2014 w sprawie końcowego rozliczenia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w 2013 roku, w celu efektywnego zrealizowania planu zakupu świadczeń na 2013 rok oraz optymalnego wykorzystania środków finansowych POW NFZ za ten rok.

Zasady ustalone Zarządzeniem były jednolite w odniesieniu do wszystkich świadczeniodawców, realizujących świadczenia zdrowotne w AOS.

Zgodnie ze szczegółowymi zasadami końcowego rozliczenia umów, stanowiącymi załącznik nr 3 do powołanego Zarządzenia, z uwagi na fakt, że „niewykonania” w pełni kompensowały „nadwykonania”, po zrealizowaniu wcześniej aneksów przesuujących niewykorzystane środki na rzecz świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowie oraz zmniejszających wartości umów, w przypadkach braku realizacji świadczeń, zostały zapłacone w całości świadczenia wykonane w 2013 roku we wszystkich zakresach u wszystkich świadczeniodawców, realizujących umowy w AOS. W rodzaju AOS zawarte zostały umowy wieloletnie, które obowiązywały w momencie końcowego rozliczania świadczeń za lata 2012 i 2013, zatem w rozliczaniu rocznym zapłata za świadczenia nastąpiła w formie aneksów do umów.

W odniesieniu do 2014 roku:

Oddział, w oparciu o kwartalną analizę realizacji świadczeń i analizę kolejek oczekujących, proponuje świadczeniodawcom aneksy przesuujące między zakresami i zmniejszanie limitów, w przypadkach braku realizacji świadczeń, równocześnie zwiększając wartości umowy w zakresach wymagających zabezpieczenia dostępności do świadczeń. W przypadku AOS takie aneksy zostały podpisane po I półroczu. Natomiast po zakończeniu trzeciego kwartału, w związku ze zwiększeniem planu finansowego Zarządzeniem Prezesa NFZ z dnia 30.10.2014r., renegotjowane zostały umowy we wszystkich zakresach u wszystkich świadczeniodawców, u których nastąpiło zwiększone zapotrzebowanie na świadczenia. W bieżącym roku w zakresie kardiologii zwiększono umowy o kwotę 866 tys. zł, a w diabetologii zwiększono umowę o kwotę 192 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 1614-1634)

3.5

Wartość niewykonanych świadczeń w AOS w Oddziale Wojewódzkim NFZ w Rzeszowie przedstawiają poniższe tabele (kwoty w tys. zł):

Rodzaj/zakres świadczenia	Koszty wykonanych świadczeń			% wykonania planu		
	2012 r.	2013 r.	I poł. 2014 r.	2012 r.	2013 r.	I poł. 2014 r.
Ogółem AOS, w tym zakresy:	238 728,42	255 929,07	124 874,05	99,87%	99,81%	94,10%
Kardiologia;	15 683,19	15 433,47	7 534,93	99,58%	99,99%	93,59%
Diabetologia	3 990,28	4 331,77	2 171,59	99,99%	99,98%	97,75%

Rodzaj/zakres świadczenia	Wartość niewykonanych świadczeń			% niewykonanych świadczeń w porównaniu do planu		
	2012 r.	2013 r.	I poł. 2014 r.	2012 r.	2013 r.	I poł. 2014 r.
Ogółem AOS, w tym zakresy:	317,61	478,76	7 092,83	0,13%	0,19%	5,34%
Kardiologia;	66,24	1,96	516,06	0,42%	0,01%	6,41%
Diabetologia	0,58	0,65	49,99	0,01%	0,02%	2,25%

(dowód: akta kontroli str. 1635)

W złożonym wyjaśnieniu, Dyrektor Oddziału, Pani Grażyna Hejda podała, iż: W przypadku braku realizacji świadczeń w trakcie roku Podkarpacki Oddział Wojewódzki sporządzał aneksy zmniejszające wartość umowy. Dodatkowo zwracała się pisemnie do świadczeniodawców z prośbą o złożenie stosownych wyjaśnień. (...). W wyniku przeprowadzonej korespondencji część świadczeniodawców uzupełniła sprawozdania. W pozostałych przypadkach umowy zostały rozwiązane np. w zakresie diabetologii w poradniach w Głogowie Małopolskim i Dynowie należących do Zespołu Opieki Zdrowotnej nr 2 w Rzeszowie, poradni neurologicznej w Stalowej Woli czy poradni medycyny sportowej w Rzeszowie.

(dowód: akta kontroli str. 1611-1613, 1636-1647)

3.6

W okresie objętym kontrolą liczba osób, którym udzielono świadczeń, liczba świadczeń i wartość wykonanych świadczeń kształtowała się następująco (w zaokrągleniu do pełnych punktów oraz pełnych złotych):

a) w zakresie diabetologii:

- 2012 r. - 34 672 osób, (świadczenia na 467.390 pkt, o wartości 3.947.998 zł),
- 2013 r. - 34 191 osób, (świadczenia na 501.673 pkt, o wartości 4.244.936 zł - 107 % w stosunku do 2012 r.),
- I półrocze 2014 r. - 30 000 osób, (świadczenia na 269.030 pkt, o wartości 2.276.427 zł - 54 % w stosunku do całego 2013 r.).

b) w zakresie kardiologii

- 2012 r. - 95 604 osób (świadczenia na 1.655.880 pkt, o wartości 14.544.829 zł),
- 2013 r. - 99 778 osób (świadczenia na 1.610.348 pkt, o wartości 14.140.382 zł - 97,2 % w stosunku do 2012 r.),
- I półrocze 2014 r. - 77 392 osób (świadczenia na 859.687 pkt, o wartości 7.552.524 zł - 53% w stosunku do całego 2013 r.).

Świadczenia w zakresie diabetologii wykonywane były na terenie 20 z 25 powiatów województwa podkarpackiego, w tym we wszystkich 4 powiatach grodzkich. Rozlokowanie geograficzne poradni diabetologicznych zapewniało równy dostęp mieszkańcom całego województwa podkarpackiego. Nie odnotowano istotnych dysproporcji pomiędzy liczbą wykonanych świadczeń, a liczbą mieszkańców na terenie powiatów.

Świadczenia w zakresie kardiologii wykonywane były na terenie 23 z 25 powiatów województwa podkarpackiego, w tym we wszystkich 4 powiatach grodzkich. Rozlokowanie geograficzne poradni kardiologicznych zapewniało równy dostęp mieszkańcom całego województwa podkarpackiego. Nie odnotowano istotnych dysproporcji pomiędzy liczbą wykonanych świadczeń, a liczbą mieszkańców na terenie powiatów.

(dowód: akta kontroli str. 1418-1420, 1532-1537)

W złożonym wyjaśnieniu, Dyrektor Oddziału, Pani Grażyna Hejda podała, iż: *przy planowaniu zakupu świadczeń i ich kontraktowaniu w analizowanych latach brana była pod uwagę realizacja świadczeń na danym obszarze w latach poprzednich. W trakcie roku umowy również były aneksowane. W przypadku diabetologii i kardiologii liczba świadczeń zrealizowanych ściśle uzależniona była od dostępności specjalistów w ww. dziedzinach. W wybranych obszarach pomimo gotowości POW NFZ do finansowania świadczeń i ujęcia ich w planie zakupu, nie udało się zawrzeć umów.*

(dowód: akta kontroli str. 1418-1420)

3.7

Z danych i analiz Oddziału wynika, iż wprowadzenie trzykrotnej stawki kapitałowej w podstawowej opiece zdrowotnej za osoby przewlekle chore na cukrzycę i/lub choroby układu krążenia, nie miało wpływu na liczbę i wartość świadczeń w ramach AOS w kardiologii i diabetologii.

Liczba osób u których rozliczono stawkę kapitałową z zastosowaniem współczynnika 3,0 przez cały okres finansowania wyniosła:

- w 2012 r. - 384 627 osób,
- w 2013 r. - 384 025 osób,
- w I półroczu 2014 r. – 339 124 osób.

(dowód: akta kontroli str. 1418-1420, 1538-1579)

W złożonym wyjaśnieniu, Dyrektor Oddziału, Pani Grażyna Hejda podała, iż: *W Oddziale sporządzane były półroczne sprawozdania wysyłane do Centrali NFZ dotyczące:*

- *liczby świadczeniobiorców znajdujących się na listach lekarzy poz zakwalifikowanych do rozliczenia wg stawki kapitałowej z zastosowaniem współczynnika 3,0,*
- *liczby sprawozdanych porad w POZ kwalifikujących do rozliczenia wg stawki kapitałowej z zastosowaniem współczynnika 3,0,*
- *kosztów kapitałowego finansowania świadczeń lekarza POZ.*

Dodatkowo w 2012 roku przygotowano informację o wpływie wzrostu finansowania świadczeń lekarza POZ z tytułu leczenia przewlekłych postaci cukrzycy i chorób układu krążenia na świadczenia wybranych poradni specjalistycznych. Informacja zawierała zestawienie dotyczące liczby porad w POZ i ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w latach 2009 do czerwca 2012 oraz liczbę osób które zrealizowały w aptekach ordynacje lekowe. Na podstawie danych dotyczących liczby wykonanych świadczeń i liczby osób objętych opieką w ramach poradni diabetologicznych i kardiologicznych w 2012, 2013 i 2014 roku nie można stwierdzić, iż zmniejszyła się liczba osób korzystających ze świadczeń specjalistów.

(dowód: akta kontroli str. 1418-1420)

Ustalono
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

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

IV. 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 o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Rzeszowie.

Rzeszów, grudnia 2014 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Rzeszowie

Kontroler
Sebastian Szozda
Główny specjalista k.p

Dyrektor
Wiesław Motyka

.....
podpis

.....
podpis