



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Szczecinie

LSZ – 4101-002-01/2014

P/14/060

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Szczecinie

ul. Jacka Odrowąża 1, 71-420 Szczecin

T +48 91 831 39 00, F +48 91 831 39 66

lsz@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/14/060 – Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia ¹ w ramach planu finansowego na 2013 r.
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Szczecinie ²
Kontrolerzy	1. Tadeusz Jaworski, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 87951 z dnia 20.03.2014 r. 2. Mirela Zając, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 87954 z dnia 24.03.2013 r. 3. Anna Dejk-Chojnacka, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 90538 z dnia 17.04.2014 r. (dowód: akta kontroli str. 1-6)
Jednostka kontrolowana	Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Szczecinie ³ .
Kierownik jednostki kontrolowanej	Julita Jaśkiewicz, dyrektor od dnia 08.07.2008 r. (dowód: akta kontroli str. 7)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie⁴ wykonanie przez Oddział planu finansowego w 2013 r. natomiast pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, realizację zadań statutowych NFZ, w szczególności zapewnienie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Pozytywną ocenę uzasadnia:

1. Wykorzystanie środków na świadczenia opieki zdrowotnej na poziomie 96,6% planu finansowego, w tym w poszczególnych rodzajach świadczeń zdrowotnych przekraczającym 95% planu finansowego.
2. Prawidłowe przeprowadzanie postępowań konkursowych na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
3. Monitorowanie wykonania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i systematyczne dokonywanie zmniejszeń/zwiększeń kontraktów, stosownie do stopnia ich realizacji.
4. Rzetelne weryfikowanie raportów statystycznych przekazywanych przez świadczeniodawców.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły:

1. Niezapewnienia w 2013 r. (i nadal) na obszarze subregionu koszalińskiego opieki stomatologicznej w zakresie pomocy doraźnej.
2. Nakładania się czasu pracy 3 z 12 skontrolowanych lekarzy, udzielających świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza równocześnie u kilku świadczeniodawców, wynoszące od 1 do 3 godzin w okresie od 3 dni do 1 roku.

¹ Zwany dalej NFZ.

² Zwana dalej również NIK.

³ Zwany dalej Oddziałem lub ZOW NFZ.

⁴ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Zapewnienie równego dostępu do świadczeń zdrowotnych.

1.1. Kontraktowanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Opis stanu
faktycznego

Zapotrzebowanie na świadczenia opieki zdrowotnej Oddział określił w Planie zakupu świadczeń na rok 2013⁵, przygotowanym w oparciu o „Założenia do projektu planu finansowego oddziału wojewódzkiego NFZ na 2013 rok”⁶ oraz o „Procedurę definiowania priorytetów i planowania zakupu świadczeń”⁷. Zgodnie z Założeńiami, planowany podział środków na świadczenia zdrowotne powinien uwzględniać zachowanie dotychczasowej struktury rodzajowej planowanych kosztów świadczeń zdrowotnych oraz utrzymanie dotychczasowych zasad ich kontraktowania.

(dowód: akta kontroli str. 10–11, 23-28)

Założenia zostały uwzględnione przy tworzeniu Planu, z wyjątkiem zwiększenia o 20% w stosunku do roku 2012 r. pomocy doraźnej i transportu sanitarnego, pomimo założenia, iż powinny pozostać na niezmiennym poziomie.

(dowód: akta kontroli str. 12–13, 26)

Dariusz Ruczyński – z-ca Dyrektora ds. Ekonomiczno – Finansowych Oddziału wyjaśnił, że zwiększenie stawek ryczałtu dobowego dla zespołów sanitarnych typu „N” na rok 2013 stanowiło wykonanie zalecenia zawartego w piśmie Dyrektora Departamentu ds. Służb Mundurowych Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, w którym przekazana została do realizacji informacja na temat cen jednostek rozliczeniowych w rodzaju świadczeń pomoc doraźna i transport sanitarny obowiązujących w 2013 r. we wszystkich Oddziałach Funduszu.

(dowód: akta kontroli str. 164-165)

Alina Bielewicz - Kierownik Działu Monitorowania, Analiz i Planowania Świadczeń Oddziału wyjaśniła, że plan zakupu na rok 2013 obejmował głównie umowy wieloletnie niewygasające przed rokiem planowania (w latach 2011 – 2013 ZOW NFZ miał zawarte 3-letnie umowy, które obowiązywały do 31.12.2013 r.), wobec czego planowanie dotyczyło zabezpieczenia dotychczasowych kontraktów w oparciu o dostępne środki finansowe wydzielone na zakup świadczeń opieki medycznej.

(dowód: akta kontroli str. 10)

W 2013 r. Oddział zawarł 1846 umów⁸ ze świadczeniodawcami, tj. o 2,1 % mniej niż w 2012 r. (w którym zawarto 1886 umów) łącznie na kwotę 2.222.234,3 tys. zł⁹ (tj. więcej o 3,9 % w odniesieniu do roku 2012, w którym wartość umów wyniosła 2.137.553,4 tys. zł).

(dowód: akta kontroli str. 50)

W okresie objętym kontrolą Oddział nie odstępował od wymogów określonych w przepisach Procedury kontraktowania świadczeń określonych przez centralę NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 46)

W 2013 r. Oddział rozwiązał 3 umowy¹⁰ ze świadczeniodawcami, z uwagi na niezgodność pomiędzy deklarowanym przez świadczeniodawcę stanem wyposażenia i kwalifikacji personelu, a stanem faktycznym bądź niewypełnianiem obowiązków wynikających z zawartych umów¹¹. Oświadczenie o wypowiedzeniu umów Oddział składał w ciągu 4-6 dni od otrzymania wniosku Działu Kontroli Realizacji Umów na Świadczenia o rozwiązanie umowy ze świadczeniodawcą.

(dowód: akta kontroli str. 54–55)

⁵ Zwany dalej Planem.

⁶ Stanowiący załącznik nr 2 do pisma NFZ/CF/DEF/2012/077/0191/W/17541/MMA z 04.07.2012 r., zwane dalej Założeńiami.

⁷ Wprowadzonej na podstawie pisma znak: DSOZ/2012/075/1544/W/22900/KKU z 03.09.2012 r.

⁸ w większości była to aktualizacja zawartych umów w 2011 r.

⁹ bez uwzględnienia wartości umów dot. podstawowej opieki zdrowotnej oraz umów dot. zaopatrzenia w wyroby medyczne (umowy te nie zawierają kwot finansowania).

¹⁰ nr 16-00-00522-13-02/02-01-11-018, nr 16-00-01932-13-12/01-0112-11-0019, 16-00-00378-13-18/05-11-058.

¹¹ Dwie - bez zachowania okresu wypowiedzenia, jedna –z zachowaniem okresu wypowiedzenia.

W jednym przypadku¹² Oddział zawiadomił organ ścigania o podejrzeniu popełnienia kłamstwa ofertowego, w pozostałych dwóch¹³ brak było podstaw do takiego działania¹⁴.

(dowód: akta kontroli str. 166, 169-170)

W objętych badaniem losowo wybranych 3 z 17 (17,6 %) postępowań konkursowych w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz 3 z 16 postępowań konkursowych w rodzaju leczenie szpitalne, przeprowadzonych przez Oddział w 2013¹⁵:

- w dokumentacji zamieszczono oświadczenia członków komisji, że nie zachodzą wobec nich przesłanki wyłączenia z postępowania,
- w dokumentacji 1 postępowania¹⁶, w którym liczba jednostek rozliczeniowych w zawartych umowach odbiegała od propozycji ofertowych, nie zawarto pisemnego uzasadnienia propozycji liczby jednostek rozliczeniowych. Dariusz Ruczyński wyjaśnił, że obowiązek taki nie wynika z obowiązujących przepisów, a w konkretnym przypadku propozycje wynikały z liczby pacjentów objętych u poszczególnych oferentów programem zdrowotnym,
- w 5 postępowaniach sporządzono protokół z negocjacji ustaleń, który zawierał informacje o ostatecznym stanowisku w zakresie ceny i liczby świadczeń; w 1 postępowaniu nie sporządzono protokołu (złożono w nim 1 ofertę, wartość konkursowa oferty i zawartej umowy były w takiej samej wysokości),
- poprawnie wyliczono wartości punktowe złożonych ofert,
- w 3 postępowaniach dot. leczenia szpitalnego:
 - zastosowano przy ocenie ofert kryterium jakości,
 - w 1 zastosowano kryterium ciągłości (konkurs ofert) a w 2 nie było takiego obowiązku (rokowania),
- w 3 postępowaniach dot. ambulatoryjnej opieki specjalistycznej:
 - w 2 zastosowano kryterium jakości, w 1 nie; Dariusz Ruczyński wyjaśnił, że nie zastosowano tego kryterium, gdyż zgodnie z zał. Nr 2 do zarządzenia Prezesa NFZ nr 73/2012/DSOZ z 08.11.2012 r. oceny ofert w zakresie badań endoskopowych przewodu pokarmowego komisja dokonuje poprzez analizę udzielonych przez oferenta odpowiedzi ankietowych w ofercie, a w analizowanej sprawie oferent w ankiecie ofertowej udzielił odpowiedzi przeczących na pytania dotyczące kryterium jakości,
- kryteria dotyczące jakości i ciągłości udzielania świadczeń nie uniemożliwiały nowym podmiotom udziału w postępowaniach,
- czas pracy proponowany przez oferentów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna spełniał wymogi NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 29–31, 89-90)

Wartość (w złotych) zawartych przez Oddział umów przypadających na jednego ubezpieczonego w poszczególnych rodzajach świadczeń w 2013 r. w stosunku do 2012 r. wzrosła średnio o 3,7 %, tj. w rodzaju:

	2013	2012
	(% w odniesieniu do 2012 r.)	
1. podstawowa opieka zdrowotna ¹⁷	nd. ¹⁸	nd.
w tym nocna i świąteczna opieka zdrowotna	16,65 (100,4 %)	16,59
2. ambulatoryjna opieka specjalistyczna	149,12 (104,3 %)	143,02
3. leczenie szpitalne	895,60 (104,5 %)	856,84
4. opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	53,66 (102 %)	52,60
5. rehabilitacja lecznicza	46,79 (102,9 %)	45,48
6. świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze	22,82 (106,3 %)	21,47
7. opieka paliatywna i hospicyjna	6,27 (104,7 %)	5,99

¹² nr 16-00-00522-13-02/02-01-11-018.

¹³ nr 16-00-00378-13-18/05-11-058 oraz nr 16-00-01932-13-12/01-0112-11-0019.

¹⁴ niezgodność powstała na etapie realizacji umowy, a brak dowodów, iż niezgodność istniała na etapie składania ofert.

¹⁵ po 3 rozstrzygnięte postępowania dotyczące świadczeń w każdym z rodzajów: leczenie szpitalne (nr 16-13-000066/SZP/03/5/03.0000.350.02/1, 16-13-000051/SZP/03/1/03.4260.040.02/4, 16-13-000073/SZP/03/1/03.3300.008.03/4) oraz ambulatoryjna opieka specjalistyczna (nr 16-13-000026/AOS/02/1/02.1612.001.02/1, 16-13-000053/AOS/02/3/02.0000.079.02/1, 16-13-000009/AOS/02/1/02.1450.001.02/1).

¹⁶ Nr 16-13-000066/SZP/03/5/03.0000.350.02/1.

¹⁷ umowy nie zawierały w sobie kwot finansowania.

¹⁸ Nie dotyczy.

8. leczenie stomatologiczne	55,64 (98,6 %)	56,44
9. świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	40,65 (104 %)	39,10
10. profilaktyczne programy zdrowotne	4,82 (95 %)	5,07
11. zaopatrzenie w wyroby medyczne ¹⁹	nd	nd
12. lecznictwo uzdrowiskowe ²⁰	nd	nd
13. ratownictwo medyczne	65,37 (101 %)	64,69
14. pomoc doraźna i transport sanitarny	1,50 (121 %)	1,24

(dowód: akta kontroli str. 51)

Oddział nie prowadził w roku 2013 postępowań dodatkowych w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (po przeprowadzonych postępowaniach głównych) na podstawie art. 161b (zmniejszenie dostępu do świadczeń - tryb warunkowy) ani na podstawie art. 154 (w wyniku odwołań) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²¹.

(dowód: akta kontroli str. 46)

Wartość zrealizowanych przez Oddział świadczeń w przeliczeniu na jednego ubezpieczonego (w złotych) w poszczególnych rodzajach świadczeń w 2013 r. w stosunku do 2012 r. (bez uwzględnienia refundacji) wzrosła średnio o 4,3 %, tj. w rodzaju:

	2013	2012
	(% w odniesieniu do 2012 r.)	
1. podstawowa opieka zdrowotna	221,32 (100,4 %)	220,43
2. ambulatoryjna opieka specjalistyczna	150,07 (104 %)	144,31
3. leczenie szpitalne	912,48 (104 %)	877,68
4. opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	58,39 (101,2 %)	57,67
5. rehabilitacja lecznicza	46,18 (101,1 %)	45,67
6. świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze	23,97 (107,6 %)	22,28
7. opieka paliatywna i hospicyjna	6,85 (105,5 %)	6,49
8. leczenie stomatologiczne	55,39 (98,5 %)	56,25
9. świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	47,48 (106,5 %)	44,57
10. profilaktyczne programy zdrowotne	4,86 (95,1 %)	5,11
11. zaopatrzenie w wyroby medyczne	20,20 (108,3 %)	18,66
12. lecznictwo uzdrowiskowe	13,83 (107 %)	12,93
13. ratownictwo medyczne	65,37 (101 %)	64,69
14. pomoc doraźna i transport sanitarny	1,50 (120 %)	1,25
15. refundacja	214,07 (104,5 %)	204,80

(dowód: akta kontroli str. 57)

Procentowa wysokość środków, jakie Oddział wydatkował na leczenie ubezpieczonych spoza regionu (migracja pacjentów) w stosunku do kosztów zrealizowanych świadczeń na rzecz ubezpieczonych w ZOW NFZ w poszczególnych rodzajach świadczeń wyniosła średnio 10,08 %, tj. w rodzaju:

1. podstawowa opieka zdrowotna	0,43 %
2. ambulatoryjna opieka specjalistyczna	3,03 %
3. leczenie szpitalne	7,04 %
4. opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	10,48 %
5. rehabilitacja lecznicza	8,26 %
6. świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze	3,27 %
7. opieka paliatywna i hospicyjna	1,73 %
8. leczenie stomatologiczne	2,68 %
9. świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	3,95 %
10. profilaktyczne programy zdrowotne	1,12 %
11. zaopatrzenie w wyroby medyczne	-
12. lecznictwo uzdrowiskowe ²²	592,57 %

¹⁹ umowy nie zawierały w sobie kwot finansowania.

²⁰ umowy zawierane przez Oddział dla ubezpieczonych z całego kraju.

²¹ Dz.U. z 2008r. Nr 164, poz. 1027 ze zm, zwana dalej ustawą o świadczeniach.

²² Na terenie województwa zachodniopomorskiego znajduje się znaczna część świadczeniodawców świadczących usługi w tym rodzaju, stąd też skala migracji jest bardzo duża. W celu zabezpieczenia świadczeń w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe na rzecz ubezpieczonych spoza ZOW NFZ, pozostałe oddziały wystawiają upoważnienia dla Zachodniopomorskiego OW NFZ na kontraktowanie świadczeń w tym rodzaju.

13. ratownictwo medyczne	-
14. pomoc doraźna i transport sanitarny	0 %
16. refundacja	3,05 %

(dowód: akta kontroli str. 58)

W 2013 r. Oddział przeprowadził 11 postępowań głównych. Pomiędzy datą ogłoszenia konkursu ofert, a datą jego rozstrzygnięcia upłynęło średnio 38 dni (od 27 do 53 dni).

(dowód: akta kontroli str. 32)

Centrala NFZ udostępniła 3 rodzaje aplikacji wspierające proces kontraktowania.

- NFZ-KO (aktualizacja w dniu 31.10.2012 r.) służąca do przygotowania oferty,
- KS-SIKCH (aktualizacja w dniu 31.10.2012) służąca do dziedzicznego systemu informatycznego Oddziału wspomagającego proces kontraktowania świadczeń,
- SZOI (nie została opublikowana żadna aktualizacja dotycząca roku 2013) służąca do wymiany informacji pomiędzy świadczeniodawcą/ oferentem, a Oddziałem – wykorzystywana w trakcie kontraktowania do wykazania potencjału posiadanego przez oferenta.

(dowód: akta kontroli str. 53)

Dariusz Ruczyński wyjaśnił, że problemy z aplikacjami informatycznymi były zgłaszane do dostawcy oprogramowania za pomocą dedykowanego dla tego celu systemu JIRA. W 2013 r. Oddział dokonał 2-krotnie zgłoszeń (brak możliwości zaimportowania oferty elektronicznej przekazanej przez oferenta, brak zakresów skojarzonych w skopiowanych umowach w rodzaju POZ). Problemy zostały rozwiązane.

(dowód: akta kontroli str. 52-53)

Oddział w 2013 r. nie podpisał 7 umów, pomimo przeprowadzenia postępowania konkursowego. W 6 przypadkach powodem było unieważnienie²³ postępowania, w jednym niewybranie żadnej oferty.

(dowód: akta kontroli str. 47-48)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności Oddziału w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

Opis stanu
faktycznego

1.2. Zapewnienie równego dostępu do świadczeń zdrowotnych.

Oddział zapewnił we wszystkich powiatach na terenie województwa zachodniopomorskiego²⁴ dostęp do świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna²⁵, profilaktyczne programy zdrowotne finansowane ze środków Funduszu²⁶, leczenie stomatologiczne (z wyjątkiem pomocy doraźnej na terenie subregionu koszalińskiego)²⁷, ambulatoryjna opieka specjalistyczna²⁸ w zakresie poradni endokrynologicznych oraz rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym. Nie zakontraktowano świadczeń w zakresie rehabilitacji pulmonologicznej oraz wzroku, z uwagi na brak świadczeniodawców. Pacjenci korzystali z tego rodzaju rehabilitacji w ramach migracji zewnętrznej do innych województw²⁹.

(dowód: akta kontroli str. 81–83, 86–88, 110, 115, 122, 142-143)

Dostępność ww. świadczeń w roku 2013 w odniesieniu do roku 2012 była na takim samym poziomie (umowy o realizację świadczeń Oddział zawarł na lata 2011 - 2013).

(dowód: akta kontroli str. 110–111, 114–115, 119, 122, 141–142, 145–146)

Oddział nie zakontraktował świadczeń w rodzaju³⁰:

- STM – w zakresie pomocy doraźnej na obszarze subregionu koszalińskiego.

(dowód: akta kontroli str. 110, 112-113)

²³ Powodem unieważnienia w 3 przypadkach był brak ofert, w 2 przypadkach podanie w ofercie nieprawdziwych informacji, w jednym nie przedstawienie wszystkich dokumentów i nieuzupełnienie ich w terminie.

²⁴ zwane dalej województwem.

²⁵ zwana dalej POZ.

²⁶ zwane dalej PRO.

²⁷ zwane dalej STM.

²⁸ zwana dalej AOS.

²⁹ zwana dalej migracją zewnętrzną.

³⁰ poniżej w nawiasach podano wyjaśnienia z-oów Dyrektora: Tomasza Żukowskiego lub Dariusza Ruczyńskiego, a także sposób realizacji świadczeń.

- REH – w zakresie: rehabilitacji pulmonologicznej i wzroku - na terenie całego województwa (brak sygnału ze strony potencjalnych oferentów; realizacja w ramach migracji zewnętrznej) oraz lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej - w 2 powiatach (brak ofert w konkursie na lata 2011-2013; kolejny konkurs zaplanowano w I półroczu 2014 r.³¹; realizacja w ramach migracji do innych powiatów).

(dowód: akta kontroli str. 115–118, 198-199)

- AOS

– na terenie całego województwa w zakresie: kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nad pacjentem z cukrzycą (brak świadczeniodawcy, realizacja w ramach kompetencji Lekarza Rodzinnego oraz poradni diabetologii), alergologii dla dzieci (migracja zewnętrzna w latach 2012 – 2013 na niskim poziomie – brak uzasadnienia ekonomicznego dla kontraktowania tych świadczeń; realizacja także w ramach poradni alergologii³²), poradni chirurgii onkologicznej dla dzieci (niska wartość migracji zewnętrznej wskazywała na niske zapotrzebowanie na ten rodzaj świadczeń, realizacja w ramach poradni chirurgii onkologicznej³³), immunologii (niska wartość migracji zewnętrznej, brak lekarzy ze specjalnością Immunologia kliniczna w bazie danych specjalizacji lekarskich Oddziału sporządzanych na podstawie zawieranych umów), mukowiscydozy (migracja zewnętrzna na niskim poziomie), osteoporozy (migracja zewnętrzna na niskim poziomie, realizacja w ramach innych zakresów m.in.: endokrynologii, onkologii, neurochirurgii, ortopedii, reumatologii), okulistyki dla dzieci (migracja zewnętrzna na niskim poziomie, realizacja w ramach poradni okulistyki³⁴), toksykologii (znikoma migracja zewnętrzna jedynie w 2012 r., brak lekarzy ze specjalnością toksykologia kliniczna w zawartych umowach w 2013 r. przez Oddział), urologii dziecięcej (migracja zewnętrzna na niskim poziomie – niewystarczająca, aby spełnić wymogi godzinowe w wysokości 12 godzin tygodniowo, brak urologów dziecięcych, realizacja w ramach chirurgii dziecięcej),

- na terenie kilku powiatów w zakresie: gastroscopia – 2 powiaty, kolonoskopia – 2 powiaty, diabetologii – 2 powiaty, reumatologii – 4 powiaty, urologii – 2 powiaty (realizacja w innych powiatach), onkologii i hematologii dziecięcej - subregion koszaliński (realizacja w ramach hematologii i onkologii dziecięcej w Szczecinie), ginekologii dla dziewcząt - subregion koszaliński (realizacja w ramach ginekologii i położnictwa), leczenia zęba - subregion koszaliński (realizacja w ramach okulistyki).

(dowód: akta kontroli str. 122–129, 200-222)

Dariusz Ruczyński wyjaśnił, że w 2013 r. nie ogłaszano w ramach ww. zakresów AOS postępowań na obszarach niezabezpieczonych, gdyż rok 2013 był ostatnim obowiązywania umów wieloletnich. Posiadając ograniczone środki finansowe Oddział zobowiązany był zabezpieczyć w pierwszej kolejności dotychczasowe umowy. Nie było sygnałów od potencjalnych oferentów o chęci realizacji świadczeń tylko na obszarach niezabezpieczonych oraz brak było skarg świadczeniobiorców o niemożności uzyskania przedmiotowych świadczeń. Oddział przygotowywał się do kontraktowania świadczeń na rok 2014 i lata następne w drodze konkursu ofert obejmującego wszystkie rodzaje świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 194–195, 222)

- Leczenie szpitalne:

- na terenie województwa: w zakresie świadczeń planowych i jednego dnia (realizacja w trybie hospitalizacji), terapii izotopowej (brak świadczeniodawców; realizacja w ramach migracji zewnętrznej), immunologii klinicznej – hospitalizacji (brak świadczeniodawców, realizacja w ramach innych zakresów np. reumatologia, onkologia, alergologia), immunologii klinicznej dziecięcej – hospitalizacja (brak świadczeniodawców, realizacja w ramach innych zakresów np. pediatrii, hematologii i onkologii dziecięcej oraz w ramach migracji), angiologii (brak świadczeniodawców, realizacja w ramach chirurgii naczyniowej i innych oddziałów np. chirurgii i chorób

³¹ w konkursie wpłynęła jedna oferta spełniająca wymogi konkursowe.

³² pacjenci do 18 roku życia stanowili w 2013 r. 42 % wszystkich pacjentów poradni alergologii.

³³ pacjenci do 18 roku życia stanowili w 2013 r. 1 % wszystkich pacjentów poradni chirurgii onkologicznej.

³⁴ pacjenci do 18 roku życia stanowili w 2013 r. 12 % wszystkich pacjentów poradni okulistyki.

wewnętrznych), audiologii i foniatrii (brak świadczeniodawców; realizacja w ramach otolaryngologii), ginekologii onkologicznej (realizacja w ramach ginekologii i onkologii),
 - na terenie województwa w zakresie: dermatologii dziecięcej, chorób zakaźnych dziecięcych, reumatologii dziecięcej, chirurgii klatki piersiowej dziecięcej, chirurgii onkologicznej dziecięcej, chirurgii plastycznej dziecięcej, okulistyki dziecięcej, otolaryngologii dziecięcej, chirurgii szczękowo – twarzowej dziecięcej, urologii dziecięcej, transplantologii dziecięcej, neurochirurgii dziecięcej (do czerwca 2013 r.³⁵); (zgodnie z zał. Nr 1 do zarządzenia Prezesa NFZ nr 34/2013/DSOZ z 28.06.2013 r. katalog tych świadczeń wyodrębnia tylko dwa zakresy: chirurgia dziecięca oraz onkologia i hematologia dziecięca, dla których wyodrębniono inne grupy JGP³⁶; ze względu na ograniczoną ilość specjalistów dziecięcych i ograniczoną ilość zdarzeń medycznych brak było uzasadnienia do tworzenia oddziałów o wąskich profilach, które zabezpieczyłyby świadczenia dla nielicznej grupy świadczeniobiorców; realizacja w ramach migracji zewnętrznej),
 - na terenie kilku powiatów w zakresie: neonatologii - 3 powiaty (brak neonatologów, realizacja w ramach ginekologii i położnictwa), położnictwa i ginekologii – jeden powiat (rozwiązano umowę na II półrocze 2013 r. na wniosek świadczeniodawcy, z powodu nie spełniania wymogów kadrowych), pediatrii – 4 powiaty (brak w strukturach szpitala oddziału pediatrii; realizacja w powiatach ościennych), anestezjologii i intensywnej terapii - 4 powiaty (brak świadczeniodawców; realizacja w powiatach ościennych),
 (dowód: akta kontroli str. 130–140, 223-233)

- Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie – na terenie województwa w zakresie kompleksowego leczenia wrodzonej sztywności wielostawowej, zaopatrzenia protetycznego, teleradioterapii stereotaktycznej, pozytonowej tomografii emisyjnej³⁷, terapii hiperbarycznej (brak świadczeniodawców; realizacja w ramach migracji zewnętrznej),

(dowód: akta kontroli str. 148-150)

- Psychiatria – na terenie województwa w zakresie dedykowanym dzieciom i młodzieży tj. świadczenia terapii uzależnień dla dzieci i młodzieży, świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży, leczenie zaburzeń nerwicowych (brak świadczeniodawców z uwagi na niewystarczającą liczbę lekarzy psychiatrów dziecięcych), świadczenia: pielęgnacyjno-opiekuńcze psychiatryczne oraz opiekuńczo-lecznicze dla dzieci i młodzieży (brak świadczeniobiorców i świadczeniodawców), świadczenia: dzienne psychiatryczne geriatryczne, dzienne rehabilitacyjne dla osób z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi, dla osób z zaburzeniami psychicznymi w hostelu, dla uzależnionych od alkoholu udzielane w hostelu, dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych udzielane w hostelu, w opiece domowej/ rodzinnej, psychogeriatryczne, terapii dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych z współistniejącymi zaburzeniami psychotycznymi (podwójna diagnoza), psychiatryczne dla przewlekłe chorych, dzienne leczenie uzależnień, świadczenia antynikotynowe, dzienne terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych, krótkoterminowe świadczenia terapii uzależnień od substancji psychoaktywnych, rehabilitacji dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi innymi zaburzeniami psychicznymi głównie psychotycznymi (nie ujęto tych świadczeń w planie zakupu z uwagi na ograniczone środki finansowe, nie ogłoszono postępowań w oddziałach stacjonarnych i dziennych o wąskim profilu specjalistycznym, gdyż Oddział nie posiadał informacji o potencjalnym podmiocie oferującym świadczenia – byłoby to sztucznym blokowaniem środków, podczas gdy priorytetem Oddziału było zabezpieczenie finansowania umów już zawartych i aneksowanych na 2014 r. w związku z wejściem w życie ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, która przedłużyła obowiązywanie dotychczasowych umów do końca 2014 r.; wobec tego Oddział przygotował plan zakupu do aneksowania umów

³⁵ Oddział zakontraktował ten rodzaj świadczeń od lipca 2013 r.

³⁶ jednorodne grupy pacjentów.

³⁷ umowę na świadczenia w zakresie PET Oddział zawarł w 2014 r.

wieloletnich, na podstawie którego przedłużono obowiązujące umowy w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień na kolejny rok);

Oddział nie podpisał kontraktu w zakresie świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dorosłych dla jednego powiatu (brak świadczeniodawców; realizacja w Koszalinie i Szczecinie), natomiast w zakresie terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu w 5 powiatach (realizacja świadczeń następowała w innych powiatach).

(dowód: akta kontroli str. 151-161)

W 2013 r. na terenie działania Oddziału 18 świadczeniodawców zaprzestało udzielania świadczeń (w wyniku rozwiązania lub wypowiedzenia umów przez świadczeniodawców).

(dowód: akta kontroli str. 49)

W sprawie informowania pacjentów o fakcie rozwiązania umów, Dariusz Ruczyński wyjaśnił, że pomimo braku prawnego obowiązku, informacje o tym fakcie Oddział przekazywał za pośrednictwem oficjalnego publikatora, jakim jest strona internetowa Oddziału. Informacje o rozwiązanych kontraktach były ujawniane w informatorze dla pacjentów oraz w informatorze o zawartych umowach.

(dowód: akta kontroli str. 88, 195, 231-232)

W zakresie chemioterapii Oddział zawarł w 2013 r. 9 umów o wartości 43.070,2 tys. zł (w 2012 r. – 18³⁸ o wartości 45.170,1 tys. zł). W wyniku renegotiacji umów, Oddział sfinansował wykonane przez świadczeniodawców nadlimity łącznie w kwocie 10.529,3 tys. zł poprzez: przesunięcie środków finansowych w wysokości 5.293,2 tys. zł (z umów, w których świadczenia nie zostały wykonane do wysokości limitu umownego) oraz uruchomienie dodatkowych środków z budżetu w wysokości 5.236,1 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 103-105)

Zgodnie z obowiązującym słownikiem komórek organizacyjnych, podlegających sprawozdawczości z zakresu list oczekujących opublikowanych na stronie internetowej Centrali NFZ³⁹, w zakresie chemioterapii obowiązkowi temu podlegają jedynie Oddziały Onkologii Klinicznej/Chemioterapii (kod 4242) oraz Poradnie Chemioterapii (kod 1242).

Rzeczywisty czas oczekiwania na świadczenia wykonywane w województwie w 4 oddziałach onkologii/ chemioterapii w 2013 r. w przypadku 3 oddziałów wyniósł 0 dni, w czwartym - od 11 do 17 dni (przypadki stabilne), 0 dni (pilne).

(dowód: akta kontroli str. 63-77)

W 2013 r. w województwie funkcjonowało 10 poradni onkologicznych. W dwóch z nich pacjenci nie oczekiwali na udzielenie świadczeń, w 8 czas oczekiwania wyniósł, w zakresie przypadków stabilnych od 1 do 33 dni, w przypadkach pilnych od 2 do 7 dni (oczekiwanie na świadczenie w przypadkach pilnych wystąpiło w poradni onkologicznej w Szczecinku (od 2 do 7 dni, średnio 4 dni).

(dowód: akta kontroli str. 63 - 77)

1.2.1. Czas oczekiwania na wybrane rodzaje świadczeń i kolejki oczekujących.

Opis stanu
faktycznego

Średni rzeczywisty czas oczekiwania w dniach (mediana) w zakresie leczenia szpitalnego i AOS wyniósł odpowiednio w zakresie:

	2013 (Przypadek stabilny / pilny) (% w stos. do 2012)	2012 (Przypadek stabilny / pilny)
Oddziały chirurgii urazowo – ortopedycznej	54 (54,5 %)/13 (92,8%)	99/14
Oddziały otolaryngologiczne	80 (106,7%)/0	75/0
Oddziały kardiologiczne	0/0	8/0
Oddziały neurologiczne	4 (26,7%)/0	15/0
Oddziały nefrologiczne	0/0	0/0
Poradnia okulistyczna	28 (100%)/0	28/0
Poradnia kardiologiczna	117 (185,7%)/0	63/0

³⁸ W 2012 r. umowy zawarte były w podziale na półrocza. Umowy na I półrocze 2012 r. były przedłużone z roku 2011, natomiast na II półrocze zostały zawarte nowe umowy.

³⁹ <http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=0&dzialnr=14&artnr=5058&szukana=s%B3ownik%2Bkom%F3rek%2Borganizac>.

Poradnia neurologiczna	15 (100%)/0	15/0
Poradnia urazowo – ortopedyczna	27 (100%)/0	27/0

(dowód: akta kontroli str. 61-62)

Czas oczekiwania (przypadki stabilne) w 2013 r. w odniesieniu do 2012 r.

1. Wzrost w przypadku poradni kardiologicznej (o 85,7 %) oraz oddziałów otolaryngologicznych (o 6,6 %).
2. Spadł:
 - o 54,5% w przypadku oddziałów chirurgii urazowo – ortopedycznej (liczba osób oczekujących spadła o 3,6%),
 - o 26,6% w przypadku oddziałów neurologicznych (liczba osób oczekujących spadła o 0,8%)
 - do 0 dni (ze średniego czasu oczekiwania w 2012 r. 8 dni) w przypadku oddziałów kardiologicznych.
3. Pozostał na niezmiennym poziomie w zakresie poradni okulistycznych, neurologicznych, urazowo – ortopedycznych oraz oddziałów nefrologicznych.

(dowód: akta kontroli str. 61-62)

W sprawie rodzaju działań podjętych przez Oddział w celu zmniejszenia czasu oczekiwania na świadczenia w zakresie poradni kardiologicznych, okulistycznych, neurologicznych, urazowo – ortopedycznych oraz w oddziałach otolaryngologicznych Dariusz Ruczyński wyjaśnił, że planując świadczenia Oddział w miarę posiadanych środków finansowych zwiększał nakłady w stosunku do bieżących kontraktów z uwzględnieniem ich realizacji, a kolejka oczekujących nie jest jedynym kryterium w procesie planowania świadczeń. Z analizy zatrudnienia personelu wynika, że lekarze zatrudnieni są u kilku świadczeniodawców i pracują w różnych zakresach świadczeń, co może ograniczać ich pełną dostępność w danej poradni i może stanowić podstawę do tworzenia kolejki. Wskazał, że Dyrekcja ZOW na spotkaniach z Konsultantami Wojewódzkimi oraz Samorządem Województwa omawiała strategie i kierunki zmian w finansowaniu świadczeń zdrowotnych oraz wielokrotnie podkreślany był aspekt kolejek oczekujących. Na Kolegium Dyrektorów Szpitali Województwa Zachodniopomorskiego wskazano na zależność prawidłowej realizacji świadczeń od potencjału kadrowego.

(dowód: akta kontroli str. 237-241)

Zgodnie z miesięcznymi informacjami o spływie komunikatorów sprawozdawczych XML dotyczących list oczekujących przekazywanych przez Oddział do Centrali NFZ, terminowość ich składania przez świadczeniodawców wyniosła w 2013 r. średnio 96,42% (w poszczególnych miesiącach 2013 r.: 01 – 95,5%, 02 – 96,8%, 03 – 97,1%, 04 – 96,5%, 05 – 96,6%, 06 – 95,9%, 07 – 98,3%, 08 – 87,9%, 09 – 98,3%, 10 – 98,4%, 11 – 97,8%, 12 – 98%).

(dowód: akta kontroli str. 91-102)

Oddział składał do NFZ informacje kwartalne o spływie komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących list oczekujących. W 2013 r. komunikaty złożyło za I i II kwartał - 98,7% świadczeniodawców, za III kwartał – 99,2%, za IV kwartał – 99,6%.

(dowód: akta kontroli str. 621-622)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności Oddziału w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

Oddział nie ogłosił postępowania i nie zakontraktował świadczeń w rodzaju STM w zakresie pomocy doraźnej na obszarze subregionu koszalińskiego na 2013 r. Tym samym Oddział nie zapewnił w 2013 r. (i nadal) na obszarze subregionu koszalińskiego opieki stomatologicznej w zakresie pomocy doraźnej, co pozbawiało świadczeniobiorców opieki zdrowotnej w tym zakresie. Świadczeniobiorcy nie mieli możliwości realizacji tego zakresu świadczeń w ramach innych zakresów ani w ramach migracji zewnętrznej

(dowód: akta kontroli str. 110, 112-113)

Dariusz Ruczyński wyjaśnił, że nie ogłoszono postępowania na 2013 r. z uwagi na brak sygnałów od władz samorządowych oraz świadczeniodawców o chęci podjęcia współpracy w tym zakresie, a także z uwagi na brak ofert w konkursie na rok 2011 i 2012 oraz lata 2014 - 2019).

(dowód: akta kontroli str. 110, 112-113, 194, 197)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

W 2013 r. (w porównaniu do 2012 r.) nastąpił wzrost czasu oczekiwania (w przypadkach stabilnych) w:

- poradni kardiologicznej o 85,7% (liczba osób oczekujących wzrosła o 9,4%) - Oddział na 2013 r. zaplanował świadczenia na poziomie wyższym do 2012 r. o 10%,
- oddziałach otolaryngologicznych o 6,6% (liczba osób oczekujących wzrosła o 56,5%) - Oddział na 2013 r. zaplanował świadczenia na poziomie wyższym do 2012 r. o 3%.

(dowód: akta kontroli str. 234-235)

Dariusz Ruczyński wyjaśnił, że plan konstruowany był do poziomu zakresu świadczeń, a kolejki oczekujących odnoszą się do poszczególnych świadczeniodawców. Z analizy kolejki oczekujących do poradni kardiologicznych za I półrocze 2012 r. wynika, że w przypadkach pilnych 76% świadczeniodawców sprawozdających raporty z kolejek przedstawiło zerowy średni rzeczywisty czas oczekiwania (w przypadkach stabilnych 11%). Lista kolejkowa jest jednym z kryteriów przyznawania budżetów poszczególnym świadczeniodawcom przy aneksowaniu umów wieloletnich. Planując świadczenia na 2013 r. w zakresie oddziału otolaryngologii Oddział odnosił się również do poziomu realizacji za okres I półrocza 2012 r., który wskazywał na niepełną realizację bieżących kontraktów wynoszącą 98%. Z analizy kolejki oczekujących wynikało, że 67% świadczeniodawców sprawozdających raporty z kolejek przedstawiło zerowy średni rzeczywisty czas oczekiwania w przypadkach pilnych (w przypadkach stabilnych 0%). Brak pełnej realizacji kontraktu może wskazywać na przyczyny leżące po stronie świadczeniodawcy (organizacja pracy oddziału zabiegowego, udział przez lekarzy w kursach specjalistycznych itd.), które mogą być przyczyną występowania kolejki na pewne rodzaje zabiegów, a nie tylko ogólny poziom finansowania świadczeń w zakresie otolaryngologii.

(dowód: akta kontroli str. 234 - 237)

1.3. Nakładanie się czasu pracy personelu medycznego.

Opis stanu
faktycznego

W 2013 roku 148 lekarzy udzielało świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza, z tego 37 lekarzy równocześnie u więcej niż jednego świadczeniodawcy.

(dowód: akta kontroli str. 324-327)

Analiza harmonogramów pracy losowo wybranych 12 z 37 (32,4%) lekarzy udzielających świadczeń u 3 i więcej podmiotów medycznych wykazała, że czas pracy 9 lekarzy nie pokrywał się u różnych świadczeniodawców.

(dowód: akta kontroli str. 328-340)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności Oddziału w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

W 3 z 12 skontrolowanych przypadkach⁴⁰ stwierdzono nakładanie się czasu pracy lekarzy u różnych świadczeniodawców, wynoszące od 1 do 3 godzin w okresie od 3 dni do roku, co mogło mieć wpływ na ograniczenie dostępności do świadczeń medycznych w rodzaju rehabilitacja lecznicza.

(dowód: akta kontroli str.328-373, 452-468)

Według z § 6 ust. 1 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁴¹, świadczenia udzielane są osobiście przez osoby wykonujące zawody medyczne lub inne osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny, zgodnie z załącznikiem do umowy.

⁴⁰ 1) lekarz o numerze prawa wykonywania zawodu 1360726 w okresie 01.01.2013 r. – 31.03.2013 r. w środy w godzinach 16:00-18:00 równolegle udzielał świadczeń u dwóch świadczeniodawców; 2) lekarz o numerze prawa wykonywania zawodu 5055699 w okresie 01.01.2013 r. – 03.01.2013 r. w czwartki w godzinach 14:00-17:00 równolegle udzielał świadczeń u dwóch świadczeniodawców oraz w okresie 01.01.2013 r. – 31.12.2013 r. w środy w godzinach 15:00-16:00 równolegle udzielał świadczeń u dwóch świadczeniodawców; 3) lekarz o numerze prawa wykonywania zawodu 6041950 w okresie 01.07.2013 r. – 30.09.2013 r. w piątki w godzinach 11:00-12:00 równolegle udzielał świadczeń u dwóch świadczeniodawców.

⁴¹ Dz. U. Nr 81, poz. 484, zw. dalej *Rozporządzeniem owu*.

Zgodnie z § 6 ust. 4 pkt 2 rozporządzenia owu, osoby, o których mowa w ust. 1, w czasie wyznaczonym do udzielania świadczeń w harmonogramie pracy, nie mogą udzielać świadczeń u innego świadczeniodawcy.

Lucyna Smoląg, Kierownik Sekcji Lecznictwa Ambulatoryjnego w Wydziale Świadczeń Opieki Zdrowotnej Oddziału wyjaśniła m.in., że: *Konflikt lekarza o numerze prawa wykonywania zawodu 1360726 w okresie 01.01.2013 r. – 31.03.2013 r. w środy w godzinach 16:00-18:00, który równolegle udzielał świadczeń u dwóch świadczeniodawców (...) był nieistotny, ponieważ zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (...) w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej świadczeniodawca nie posiadając kriokomory nie ma wymogu koniecznego zatrudnienia lekarza. (...) konflikt został usunięty z dniem 31 marca 2013 r. Lekarz o numerze (...) 5055699 w okresie 01.01.2013 r. – 03.01.2013 r. w czwartki w godzinach 14:00-17:00 równolegle udzielał świadczeń u dwóch świadczeniodawców (...) wyłącznie przez 3 dni z uwagi na zmianę harmonogramu czasu pracy przez jednego ze świadczeniodawców z mocą obowiązywania od 1 stycznia 2013 r. Pracownik weryfikując sesję o zmianę potencjału stwierdził, że konflikt, został w dniu 3 stycznia 2013 r. usunięty. W kwestii (...) konfliktu personelu w środę w godzinach 15:00-16:00 u lekarza o numerze prawa wykonywania zawodu 5055699 w okresie 01.01.2013 r. do 31.12.2013 r., który równolegle udzielał świadczeń u dwóch świadczeniodawców (...) informuję, iż przy negatywnym rozpatrzeniu sesji WAP była prowadzona korespondencja wyjaśniająca: W dniu 17.12.2013 r. (...) Świadczeniodawca NZOZ C.R. „T” w Szczecinie składa wniosek o zmianę danych w umowie w zakresie potencjału (...). W zgłoszeniu elektronicznym wniosku (...) z dnia 17.12.2013 r. (...) pracownik merytoryczny weryfikując zgłoszenie, nie akceptuje sesji weryfikacyjnej, z uwagi na istniejący konflikt lekarza (...) od dnia 04.12.2013 r. do 31.12.2013 r. w środę w godzinach 15:00-16:00- sesja zostaje rozpatrzona negatywnie. W ślad za odrzuceniem sesji zostaje wystosowana do Świadczeniodawcy korespondencja (...) z dn. 23.12.2013 r. Analogicznie zaistniały konflikt był wyjaśniany z jednostką Przychodni „R.-M.” w Szczecinie, wystosowano pismo (...) z dnia 03.01.2014 r. W kwestii zaistniałego konfliktu personelu w środę w godzinach 15:00-16:00 u lekarza (...) w okresie od 01.01.2013 r. do 31.12.2013 r. pracownik ZOW NFZ wezwał lekarza do wyjaśnienia godzin konfliktowych, który złożył oświadczenie że w 2013 r. był w środy zatrudniony w NZOZ C. R. „T” w Szczecinie w terminie od 13:00 do 16:00, a następnie w Przychodni „R.-M.” w Szczecinie od 16:00 do 19:00. Po otrzymaniu oświadczenia lekarza z dnia 15.01.2014 r. Oddział zobowiązał świadczeniodawcę Przychodnię „R.-M.” do skorygowania sesją weryfikacyjną 1 godziny pracy, tj. od 15:00-16:00, jednakże (...) świadczeniodawca odmówił korekty harmonogramu twierdząc, że u niego lekarz pracował w 2013 r. według podanego harmonogramu (...) W dniu 9 stycznia 2014 r. i 22 stycznia 2014 r. w związku ze złożonymi wnioskami przez Przychodnię „R.-M.” w Szczecinie dokonano zamiany harmonogramu do umowy dla lekarza (...). Sprawa konfliktu personelu (...) została zakończona sporządzeniem aneksu do umowy (...), w którym od 1 stycznia 2014 r. ww. lekarz został usunięty z harmonogramu czasu pracy. Konflikt lekarza o numerze prawa wykonywania zawodu 6041950 (...) został rozwiązany z dniem 01.10.2013 r. (...) Rodzajem rehabilitacja lecznicza (...) zajmował się jeden pracownik merytoryczny, który w miesiącu lipcu przebywał na urlopie a następnie (...) na długotrwałym zwolnieniu lekarskim (...).*

(dowód: akta kontroli str. 374-401, 469-470)

Dariusz Ruczyński wyjaśnił ponadto m.in., że: *Świadczeniodawca generując zmiany do (...) umowy w portalu SZOI (...) nie jest informowany przez system czy blokowany (...) z uwagi na zaistniały konflikt personelu z innym podmiotem. Może wprowadzić każdy wniosek. (...) system informatyczny nie ma automatycznej funkcji sygnalizowania zaistniałych konfliktów. Dopiero przy weryfikacji otwartej sesji (...) można wygenerować konflikt personelu tylko i wyłącznie poprzez użycie przez pracownika ZOW NFZ odpowiedniej zakładki w systemie KS-SIKCH – konflikt personelu. Czas oczekiwania na wygenerowanie konfliktu przez system jest bardzo różny. (...) zarówno system KS-SIKCH umożliwia pozytywne zamknięcie sesji weryfikacyjnej potencjału i przyjęcie wprowadzonych zmian oraz utworzenie aneksu mimo wykrytego konfliktu personelu jak i portal SZOI nie blokuje automatycznie świadczeniodawcy możliwości wprowadzenia potencjału mimo wykazania tego samego personelu u innego świadczeniodawcy w tych samych godzinach czasu pracy.*

Dariusz Ruczyński dalej wyjaśnił, że: (...) Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6.11.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych (...) oraz Zarządzeniem nr 80/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (...), lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna, realizowana jest przez lekarza spełniającego ww. wymogi aktów prawnych i obejmuje poradę lekarską (...) w ramach, której wykonywane są wybrane procedury (...). Lekarz udzielający porad w ww. zakresie nie jest zobowiązany do umieszczania w dokumentacji medycznej godziny przyjęcia pacjenta (...). Dlatego też brak jest możliwości zweryfikowania czy wskazana porada udzielona została o konkretnej godzinie. (...) nadmieniamy, że zgodnie z Zarządzeniem Nr 14/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (...) dla elementu „świadczenie” – nie ma wymogu przekazywania danych dotyczących godziny udzielania świadczenia. W związku z tym nie ma możliwości weryfikacji czy sprawozdane świadczenie zostało zrealizowane przez wskazany personel medyczny w tym samym czasie z dokładnością do godziny. (...) do Oddziału nie wpłynęły żadne skargi wskazujące na ograniczenia dostępności do świadczeń realizowanych przez lekarzy z wykrytym konfliktem”.

(dowód: akta kontroli str. 471-473, 763-784-785)

1.4. Zasady płatności za świadczenia i kontrola realizacji umów.

Opis stanu
faktycznego

Według stanu na dzień 15.02.2014 r. podmioty medyczne udzieliły 1.928.400 świadczeń ponadumownych na łączną kwotę 2.993,7 tys. zł⁴². Przed upływem terminu na rozliczenie umów, określonym w § 27 ust. 2 rozporządzenia owu (tj. przed upływem 45 dni po zakończeniu danego okresu rozliczeniowego), w wyniku zawartych aneksów do umów oraz zawartych ugód, świadczeniodawcy rzekli się świadczeń na kwotę 2.131,3 tys. zł (tj. 71,2% świadczeń ponadumownych). Wartość świadczeń nierozliczonych stanowiła kwotę 862,4 tys. zł⁴³. Nie były one przedmiotem roszczeń świadczeniodawców wobec Oddziału, ani nie zostały skierowane na drogę sądową.

(dowód: akta kontroli str. 474-569)

Dariusz Ruczyński, wyjaśnił, iż na stan niezreczonych świadczeń ponadlimitowych wpływ miał: fakt rozwiązania umów w trakcie 2013 r., odmowa podpisania przez niektórych świadczeniodawców protokołów lub aneksów rozliczających 2013 rok, brak świadczeń nadlimitowych w czasie przeprowadzania przez Oddział ostatecznych analiz zrealizowanych świadczeń za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2013 r., niepodjęcie renegotiacji we wszystkich zakresach (niewykonanie w pozostałych zakresach nie pozwalało na zmianę poziomu finansowania), w tym w szczególności w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej, lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej, świadczeń ogólnostomatologicznych (50%). W ocenie Oddziału niezręczone świadczenia ze względu na swój charakter (planowe, ze skierowaniem) nie stanowią ryzyka potencjalnych roszczeń wobec Oddziału.

(dowód: akta kontroli str. 687, 689)

Oddział na bieżąco (co miesiąc⁴⁴) monitorował realizację świadczeń w poszczególnych rodzajach poprzez dokonywanie analiz w zakresie poziomu wykonania harmonogramu rzeczowo-finansowego umowy (tj. liczbowego i wartościowego wykonania kontraktów przez świadczeniodawców). Analizy te były podstawą ustalenia poziomu zapotrzebowania na dany rodzaj świadczenia i na ich podstawie Oddział podejmował działania w zakresie zmian wartości zakontraktowanych świadczeń. W okresie rozliczeniowym zawarto 2.128 aneksów do umów, czego wynikiem było zwiększenie wartości kontraktów o kwotę ogółem 199.372,5 tys. zł oraz zmniejszenie o łączną kwotę 72.975,5 tys. zł⁴⁵.

(dowód: akta kontroli str. 618-620)

⁴² Z tego w rodzaju: AOS 40.292 świadczeń na kwotę 347,7 tys. zł; opieka paliatywna i hospicyjna 857 świadczeń na kwotę 50,9 tys. zł; PRO 66 świadczeń na kwotę 0,5 tys. zł; opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień 8.194,08 świadczeń na kwotę 76,1 tys. zł; rehabilitacja lecznicza 1.635.614 świadczeń na kwotę 1.754,5 tys. zł; świadczenie zdrowotne kontraktowane odrębnie 4.187,04 zł na kwotę 46,5 tys. zł; świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze 1.050,35 świadczeń na kwotę 55,3 tys. zł; STM 224.347 świadczeń na kwotę 225,1 tys. zł; leczenie szpitalne 13.792,71 na kwotę 437,1 tys. zł.

⁴³ Stan na 14.02.2014 r.

⁴⁴ bądź częściej – w zależności od potrzeb.

⁴⁵ Z tego w rodzaju: AOS - zwiększenia 19.827,5 tys. zł, zmniejszenia 5.878,2 tys. zł; STM - zwiększenia 872,6 tys. zł, zmniejszenia 5.203,7 tys. zł; leczenie szpitalne - zwiększenia 158.015,4 tys. zł, zmniejszenia 47.275,4 tys. zł; opieka paliatywna i hospicyjna – zwiększenia 903,7 tys. zł, zmniejszenia 441,5 tys. zł; opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – zwiększenia 3.565,5 tys. zł, zmniejszenia 1.624,3 tys. zł; PRO – 1.260,6 tys. zł, zmniejszenia 1.850,4 tys. zł; rehabilitacja lecznicza – 4.340,5 tys. zł, zmniejszenia 1.872,1 tys. zł; świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze – 2.014,6 tys. zł, zmniejszenia 944,0 tys. zł; świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie – zwiększenia 8.572,0 tys. zł, zmniejszenia – 7.885,9 tys. zł.

W 2013 r. Oddział przeprowadził łącznie 169 kontroli, z tego 119 w zakresie realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁴⁶, 30 kontroli aptek oraz 20 kontroli realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ordynacji lekarskiej⁴⁷. Przedmiotem kontroli było m.in. sprawdzenie: organizacji i dostępności do świadczeń, bazy lokalowej, sprzętu i kadry medycznej, zasadności preskrypcji i refundacji leków oraz realizacji recept na leki. Nie przeprowadzono kontroli dotyczących zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi oraz świadczeń zdrowotnych kontraktowanych odrębnie.

(dowód: akta kontroli str. 570-593)

Dariusz Ruczyński wyjaśnił, że: (...) *W związku z ograniczoną liczbą kontrolerodni przeznaczoną na kontrole planowe, w planie kontroli ujęto kontrole priorytetowe. (...) W przypadku SOK kontrole były przeprowadzane w 2012 roku i będą w 2014. Rezerwa 30% czasu na kontrole doraźne pozwala na realizację tych rodzajów świadczeń, które nie zostały ujęte w planie (...). W 2013 roku zlecono kontrole doraźne dotyczące zaopatrzenia w wyroby medyczne (...), na podstawie których przeprowadzono 10 kontroli (...) w zakresie prawidłowości wystawiania zleceń na (...) aparaty słuchowe oraz wkładki uszne w oparciu o dokumentację medyczną. Kontrole te zostały ujęte w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (...).*

(dowód: akta kontroli str. 763, 782-783)

Stwierdzone w wyniku kontroli nieprawidłowości dotyczyły m.in. niezgodności harmonogramu pracy poradni i lekarzy z umową, nierzetelnego prowadzenia dokumentacji medycznej i sporządzania sprawozdań statystycznych, niespełnienia wymogów pomieszczeń i sprzętu w miejscu udzielania świadczeń (w tym braku ważnych przeglądów technicznych sprzętu i aparatury medycznej). W wyniku kontroli Oddział zakwestionował świadczenia na łączną kwotę 1.190,4 tys. zł, nałożył kary umowne w wysokości 498,96 tys. zł oraz rozwiązał umowę z 9 świadczeniodawcami.

(dowód: akta kontroli str. 570-594)

W kontrolowanym okresie Oddział brał udział w pracach Zespołu „Walidacje i Weryfikacje”.

Dariusz Ruczyński wyjaśnił m.in.: (...) *Celem Zespołu było opracowanie i wdrażanie jednolitych reguł walidacyjnych i weryfikacyjnych w zakresie rozliczenia zrealizowanych świadczeń zdrowotnych. Przedstawiciel OW zgłasza i opiniuje stwierdzone błędy już w istniejących sprawozdaniach. Ponadto Zgłasza uwagi co do poprawności działania sprawdzeń a także przedstawia propozycje wprowadzenia nowych sprawdzeń. Wprowadzenie nowych sprawdzeń jest poprzedzone przeprowadzaniem pilotażem. Z wyników pilotażu każdy OW sporządza ankietę wdrożeniową. W 2013 r. odbyły się 2 spotkania Zespołu WiW (w lutym i październiku 2013 r.). Efektem prac Zespołu jest wdrożenie nowych technicznych Centralnych Warunków Walidacji i Centralnych Reguł Weryfikacyjnych. Nowe reguły wprowadzono w celu ujednolicenia zasad i kryteriów przeprowadzanych w oddziałach wojewódzkich NFZ sprawdzeń oraz umożliwienia Świadczeniodawcom uporządkowania sprawozdawczości.*

(dowód: akta kontroli str. 402)

W 2013 r. do sprawdzenia poprawności rozliczenia świadczeń opieki zdrowotnej wykazywanych przez świadczeniodawców w raportach statystycznych Oddział stosował 231 Centralnych Warunków Walidacji⁴⁸, 199 Centralnych Reguł Weryfikacji oraz 320 sprawdzeń oddziałowych⁴⁹. Najczęstszymi nieprawidłowościami generowanymi przez świadczeniodawców

⁴⁶ Z tego w rodzaju: POZ – 19, AOS – 17, leczenie szpitalne – 26, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – 2, rehabilitacja lecznicza – 10, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej – 4, opieka paliatywna i hospicyjna – 2, STM – 20, lecnictwo uzdrowiskowe – 11, pomoc doraźna i transport sanitarny – 2, PRO – 2, ratownictwo medyczne – 4.

⁴⁷ W tym 1 kontrolę umowy indywidualnej.

⁴⁸ Warunki stosowane na etapie importu danych z raportów statystycznych do systemu.

⁴⁹ Z tego w rodzaju: AOS - 53 sprawdzenia centralowe i 56 sprawdzeń oddziałowych; STM - 26 sprawdzeń centralowych i 55 sprawdzeń oddziałowych; leczenie szpitalne - 95 sprawdzeń centralowych i 101 sprawdzeń oddziałowych; opieka paliatywna i hospicyjna - 30 sprawdzeń centralowych i 28 sprawdzeń oddziałowych; opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień - 63 sprawdzenia centralowe i 60 sprawdzeń oddziałowych; POZ - 32 sprawdzenia centralowe i 63 sprawdzenia oddziałowe; pomoc doraźna i transport sanitarny (od 2009) - 2 sprawdzenia oddziałowe; PRO - 10 sprawdzeń centralowych i 13 sprawdzeń oddziałowych; ratownictwo medyczne - 10 sprawdzeń centralowych i 9 sprawdzeń oddziałowych; rehabilitacja lecznicza - 53 sprawdzenia centralowe i 59 sprawdzeń oddziałowych; świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze - 35 sprawdzeń centralowych i 26 sprawdzeń oddziałowych; świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie - 29 sprawdzeń centralowych i 37 sprawdzeń

były: brak numeru REGON SWD zlecającego, niezgodne kody schorzeń, niewłaściwy kod świadczenia, niezgodność daty udzielenia świadczenia z harmonogramem pracy świadczeniodawcy, zdublowanie wykonanej usługi, nieprzekazanie danych o zleceniu,
(dowód: akta kontroli str. 432-450)

W procesie rozliczania udzielonych świadczeń system informatyczny Oddziału KS-SIKCH automatycznie weryfikował poprawność danych przekazywanych przez świadczeniodawców w raportach statystycznych i wskazywał na potencjalne nieprawidłowości. W wyniku przeprowadzonych weryfikacji Oddział zakwestionował łącznie 432.560 świadczeń o łącznej wartości 19.207,7 tys. zł⁵⁰.

(dowód: akta kontroli str. 451, 595-613)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności Oddziału w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości działalność Oddziału w zakresie opisanym w części 1.

2. Opracowanie i realizacja planu finansowego Oddziału.

2.1. Proces opracowywania planu finansowego Oddziału.

Opis stanu
faktycznego

Wielkość planowanych kosztów zadań Oddziału, w tym kosztów świadczeń zdrowotnych na 2013 r. oparto o otrzymane z NFZ „Założenia do corocznej prognozy kosztów oddziałów wojewódzkich NFZ na lata 2013-2015, z uwzględnieniem m.in.: planu finansowego Oddziału na 2012 r. – jako poziomu bazowego planowania, dotychczasowej struktury rodzajowej planowanych kosztów świadczeń zdrowotnych, dotychczasowych zasad kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej, ustalenia planowanych kosztów refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych⁵¹.

Projekt planu finansowego Oddziału na 2013 r. zaopiniowany został – bez uwag – przez Radę Oddziału⁵² i zatwierdzony 20.08.2012 r. przez Prezesa NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 624-625, 627-629)

Dariusz Ruczyński wyjaśnił, że konstrukcja planu finansowego na 2013 r. wynikała głównie z faktu kontynuacji zawartych wcześniej kontraktów⁵³, z uwzględnieniem priorytetów centralnych i lokalnych, wskazujących zakres świadczeń, które z uwagi na swój charakter powinny zostać sfinansowane w pierwszej kolejności⁵⁴. Przy tworzeniu planu współpracowano m.in. z konsultantami wojewódzkimi, Wojewodą zachodniopomorskim, Zarządem Województwa.

(dowód: akta kontroli, str. 630-634)

Zatwierdzony przez Prezesa NFZ plan kosztów świadczeń zdrowotnych w wys. 2.786.282 tys. zł był niższy od proponowanego przez Oddział o 13.218 tys. zł (tj. o 0,5%), a wyższy od wykonania w 2012 r. o 161.068 tys. zł (o 6,1%) i nie odbiegał znacząco od propozycji Oddziału w poszczególnych rodzajach świadczeń zdrowotnych.

(dowód: akta kontroli, str. 625-626)

oddziałowych; zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi - 55 sprawżeń oddziałowych.

⁵⁰ Z tego w rodzaju: AOS - 37.496 świadczeń o wartości 2.114,4 zł; STM - 10.338 świadczeń o wartości 381,9 tys. zł; leczenie szpitalne - 41.140 świadczeń o wartości 14.396,9 tys. zł; opieka paliatywna i hospicyjna - 42 świadczenia o wartości 38,9 tys. zł; opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień - 3.322 świadczenia o wartości 497,2 tys. zł; POZ - 260.634 świadczenia o wartości 342,5 tys. zł; PRO - 7 świadczeń o wartości 1,2 tys. zł; ratownictwo medyczne - 137 świadczeń o wartości 0 zł; rehabilitacja lecznicza - 77.029 świadczenia o wartości 965,1 tys. zł; świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze - 435 świadczeń o wartości 117,4 tys. zł; świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie - 125 świadczeń o wartości 33,6 tys. zł; zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi - 1.855 świadczeń o wartości 318,6 tys. zł.

⁵¹ Zgodnie z zapisami ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji cen leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. Nr 122, poz. 696 ze zm.).

⁵² Uchwała Rady Oddziału z 6.06.2012 r. nr 2/ZOW/12..

⁵³ Konkurs na lata 2011-2013.

⁵⁴ Priorytety: zwiększenie wykrywalności i zmniejszenie przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych, rozwój środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej, rozwój opieki długoterminowej.

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności Oddziału w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

2.2. Wykonanie planu finansowego Oddziału⁵⁵.

2.2.1. Zmiany w planie finansowym.

Opis stanu
faktycznego

Plan finansowy Oddziału na 2013 r., wynoszący 2.907.060 tys. zł, 7 decyzjami Prezesa NFZ został zwiększony do kwoty 2.936.088 tys. zł, tj. o 29.028 tys. zł (o 1%), w tym w części dotyczącej kosztów świadczeń opieki zdrowotnej (poz. B.2.) o 28.681 tys. zł (o 1%), a w części dotyczącej kosztów administracyjnych (poz. D) – o 315 tys. zł (o 1,6%) do kwoty 20.037 tys. zł.

Prezes NFZ (w trybie art. 124 ust. 4 ustawy o świadczeniach) oraz dyrektor Oddziału (w trybie art. 124 ust. 5 tej ustawy), dokonali 7 decyzjami zmian polegających na przesunięciach w planie finansowym pomiędzy poszczególnymi pozycjami na kwotę 184.469 tys. zł, tj. 6,3% planu.

Plan w części dotyczącej kosztów świadczeń opieki zdrowotnej zmieniono 6 decyzjami prezesa NFZ na kwotę 184.425 tys. zł, tj. 6,3% planu, a w części dotyczącej kosztów administracyjnych, 2 decyzjami, na kwotę 44 tys. zł.

Zmiany planu finansowego były następstwem przeprowadzonych analiz jego realizacji i miały na celu zapewnienie wykonania zadań i zabezpieczenie finansowania wydatków w poszczególnych pozycjach planu.

(dowód: akta kontroli str. 637-641,642-645)

2.2.2. Przychody.

Oddział w 2013 r. otrzymał z NFZ środki finansowe w wysokości 2.851.168 tys. zł, co stanowiło 110% środków otrzymanych w 2012 r. (2.591.687 tys. zł).⁵⁶ Na koniec 2013 r. stan środków pieniężnych wyniósł 33.313,8 tys. zł i był o 29.405,9 tys. zł wyższy od stanu na koniec 2012 r. (3.907,9 tys. zł).

(dowód: akta kontroli, str. 660)

Dariusz Ruczyński wyjaśnił, że przekazane środki odpowiadały kwocie, o jaką wnioskował Oddział.

(dowód: akta kontroli, str. 659,660)

Według stanu na koniec 2013 r. Oddział nie posiadał należności długoterminowych. Zaewidencjonowane należności krótkoterminowe wyniosły 7.796,6 tys. zł i były niższe o 21.770,9 tys. zł (o 73,6%) od stanu na koniec 2012 r.⁵⁷

(dowód: akta kontroli, str. 646)

Dariusz Ruczyński wyjaśnił m.in., że zmniejszenie wartości należności krótkoterminowych wiąże się z dużą ilością rachunków korygujących przesłanych przez świadczeniodawców realizujących umowy, szczególnie w rodzaju leczenia szpitalne. Wynikają one m.in. z weryfikacji kontrolnych na zamkniętych raportach statystycznych, mających na celu wykrycie i zakwestionowanie nieprawidłowo sprawozdanych świadczeń, na podstawie nowych sprawdzeń z Centrali NFZ.

(dowód: akta kontroli, str. 787, 788)

⁵⁵ Badanie sprawozdania finansowego Oddziału za 2013 r. przeprowadzone zostało przez firmę audytorską wybraną przez Radę Narodowego Funduszu Zdrowia uchwałą nr 26/2013/II z dnia 17.10.2013 r.

Oddział w kwietniu 2014 r. otrzymał Raport, w którym nie było opinii biegłego rewidenta. W pkt 7 Raportu (Podsumowanie) biegły zawarł informację, że podsumowanie wyników badania zawarte będzie w opinii biegłego rewidenta sporządzonej z badania łącznego sprawozdania finansowego NFZ, stanowiącej odrębny dokument, wymagany przez ustawę z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości.

W treści Raportu nie odnotowano zjawisk i zdarzeń wskazujących na naruszenie obowiązującego prawa i uzasadniających wydanie negatywnej oceny z badania sprawozdania finansowego Oddziału.

⁵⁶ Ujęcie kasowe.

⁵⁷ Spośród ww. należności:

- należności z tytułu dostaw i usług (o okresie spłaty do 12 miesięcy) zaewidencjonowano w wys. 7.534,7 tys. zł i były o 21.692,3 tys. zł (o 74,2%) niższe od należności na koniec 2012 r.,

- należności z tytułu podatków, dotacji, cel ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych oraz innych świadczeń zaewidencjonowano w wys. 3,5 tys. zł i były o 6.171,5 tys. zł (o 76%) wyższe od należności na koniec 2012 r. Należności te dotyczyły głównie dotacji z Ministerstwa Zdrowia w wys. 3,5 tys. zł – refundacji za leczenie uzdrowskowe osób pracujących przy azbieście (konto 220),

- należności inne zaewidencjonowano w wys. 222,2 tys. zł i były o 56,8 tys. zł (o 20,4%) niższe od należności na koniec 2012 r. Należności te dotyczyły głównie llnych rozrachunków z pracownikami (konto 231) w wys. 221,5 tys. zł (w tym: zaliczki (konto 231-2) w wys. 2 tys. zł i pożyczki z ZFSS (konto 231-3) w wys. 219,5 tys. zł) oraz należności pozostałych (konto 248) w wys. 0,7 tys. zł (w tym: należności od świadczeniodawców (konto 248-6) w wys. 0,1 tys. zł oraz należności pozostałe (konto 248-7) w wys. 0,6 tys. zł.

Należności wymagalne zaewidencjonowane w 140 pozycjach ewidencji f-k wyniosły 626,8 tys. zł⁵⁸. Powstały one w latach 2011 – 2013, z wyjątkiem jednej należności w wys. 10,4 tys. zł z 2005 r. dotyczącej niewpłacenia odszkodowania. Wobec wszystkich dłużników Oddział podjął działania takie jak: wysłanie przedsądowego wezwania do zapłaty, uzyskanie nakazu zapłaty w postępowaniu upominawczym, oraz złożenie wniosku o wszczęcie egzekucji.

(dowód: akta kontroli, str. 646-647,651-654)

W wyniku przeprowadzonych w 2013 r. 169 kontroli realizacji umów, realizacji recept lecarskich i ordynacji lecarskiej Oddział w 88 przypadkach zakwestionował kwoty świadczeń zdrowotnych w łącznej wys. 1.190,4 tys. zł oraz nałożył 252 kary umowne w łącznej wysokości 1.017,1 tys. zł.

(dowód: akta kontroli, str. 647)

Oddział w 2013 r. zawarł z dłużnikami 16 ugód, rozkładając na raty należności główne w łącznej wys. 92.155 zł⁵⁹, z czego 7 ugód dotyczyło należności w łącznej wysokości 1.467 zł z tyt. zmiany lekarza (art. 28 ustawy o świadczeniach), 6 ugód - należności z tytułu roszczeń regresowych w łącznej wys. 34.874 zł (art. 116 ustawy o świadczeniach), 3 ugody - kar wynikających z ustaleń kontroli realizacji umów ze świadczeniodawcami dotyczących realizacji usług medycznych w łącznej wys. 55.814 zł - raty spłacono w wymaganej wysokości.

(dowód: akta kontroli, str. 647-648,655)

Umorzeniami należności głównej w łącznej wys. 2.280 zł objęto 20 dłużników, z czego 5 dłużnikom umorzono należność z tytułu zmiany lekarza w wys. 720 zł, 14 dłużnikom należność z tytułu roszczeń regresowych w wys. 1.451 zł, a 1 dłużnikowi należność powstała z powodu przekazania świadczeniodawcy nienależnych środków finansowych w wysokości 109 zł. Po zbadaniu dokumentacji z umorzenia 6 dłużnikom⁶⁰ należności w łącznej wysokości 1.368 zł stwierdzono, że decyzje o umorzeniach były uzasadnione.

(dowód: akta kontroli, str. 648-649,656)

Dariusz Ruczyński wyjaśnił, że w 2013 r. nie doszło do przedawnienia należności.

(dowód: akta kontroli, str. 657,658)

2.2.3. Koszty.

Koszty Oddziału w 2013 r. wyniosły 2.831.479⁶¹ tys. zł, tj. 96,4% planu finansowego po zmianach (2.936.088 tys. zł). W porównaniu do 2012 r. były one wyższe o 86.910 tys. zł, tj. o 3,2%). Największy udział w kosztach wynoszący 96% stanowiły koszty z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej.

Oddział poniósł koszty z tytułu udzielonych w 2013 r. świadczeń opieki zdrowotnej w łącznej wysokości 2.718.629⁶² tys. zł, tj. o 96.334 tys. zł (o 3,4%) niższe od planu finansowego na 2013 r. (2.814.963 tys. zł) i o 89.450 zł (o 3,4%) wyższe od wykonania w 2012 r.

Niepełne wykonanie planu finansowego w zakresie kosztów świadczeń o 96.334 tys. zł (o 3,4%) wystąpiło we wszystkich rodzajach świadczeń. Pomimo niepełnego wykonania planu finansowego, plan ten zwiększono o 28.681 tys. zł (o 1%). Ponadto pismem z 30.12.2013 r. (nr WEFiWM-I-0321-01-12-ES/13) Dyrektor Oddziału poinformował Prezesa NFZ o dokonanych przesunięciach środków pomiędzy poszczególnymi rodzajami kosztów świadczeń w planie finansowym na 2013 r. Przesunięciami objęto kwotę w wysokości 32.570 tys. zł. Zmiany te uzasadniono potrzebą dotrzymania dyscypliny finansowej planu finansowego na 2013 r. oraz zabezpieczenia finansowania świadczeń we wskazanych rodzajach, w szczególności świadczeń nielimitowanych, ratujących życie i z rozpoznaniem onkologicznym. W wyniku przesunięcia środków pomiędzy poszczególnymi rodzajami kosztów, zwiększono plan m.in. w rodzajach kosztów, których nie wykonano w zaplanowanej wysokości.

⁵⁸ Wykazana kwota należności wymagalnych nie obejmuje należności spomych oraz należności z tyt. odsetek za opóźnienie w zapłacie.

⁵⁹ W tym: 7 ugód na rozłożenie na raty należności w łącznej wys. 1.467 zł z tyt. zmiany lekarza (art. 28 ustawy o świadczeniach), 6 ugód rozłożenia na raty należności z tytułu roszczeń regresowych w łącznej wys. 34.873,82 zł (art. 116 ustawy o świadczeniach), 3 ugody rozłożenia na raty kar wynikających z ustaleń kontroli realizacji umów ze świadczeniodawcami dotyczących realizacji usług medycznych w łącznej wys. 55.814,34 zł - raty spłacono w wymaganej wysokości.

⁶⁰ Zbadano dokumentację dotyczącą umorzenia należności za zmianę lekarza i z tytułu roszczeń regresowych o wartości jednostkowej pow. 150 zł oraz dokumentację dłużnika, któremu przekazano nienależne środki finansowe.

⁶¹ Z uwzględnieniem poz. B.2.18-Koszty świadczeń opieki zdrowotnej z lat ubiegłych w wys. I-/6.732 tys. zł.

⁶² Bez uwzględnienia poz. B.2.18-Koszty świadczeń opieki zdrowotnej z lat ubiegłych w wys. I-/6.732 tys. zł.

Zwiększenie planu finansowego kosztów świadczeń, pomimo niepełnego ich wykonania, wystąpiło m.in. w następujących rodzajach świadczeń: POZ, w której plan zwiększono o 300 tys. zł (o 0,1%), przy niewykonaniu w wys. 1.011 tys. zł (nie wykonano 0,3% planu), AOS, w której plan zwiększono o 16.971 tys. zł (o 7,8%), przy niewykonaniu w wys. 4.631 tys. zł (2%), leczeniu szpitalnym, w którym plan zwiększono o 179.701 tys. zł (o 14,4%), przy niewykonaniu w wys. 29.191 tys. zł⁶³ (2%), rehabilitacji leczniczej, w której plan zwiększono o 4.922 tys. zł (0 7,3%), przy niewykonaniu w wys. 1.347 tys. zł (1,9%), świadczeniach opieki zdrowotnej kontraktowanych odrębnie, w której plan zwiększono o 7.575 tys. zł (o 11,4%), przy niewykonaniu w wys. 1.188 tys. zł (1,6%). Natomiast w poz. B2.14-refundacja poniesiono koszty w 327.580 tys. zł, co stanowiło 14,6% planu po zmianach (383.581 tys. zł).

(dowód: akta kontroli, str. 673-675, 676-678, 679, 684-686)

Dariusz Ruczyński wyjaśnił m.in., że niewykonanie planu kosztów dotyczy w ponad 65% (63.108,5 tys. zł) pozycji wchodzących w skład całkowitego budżetu na refundację. Zgodnie z art. 74 pkt 3 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych⁶⁴, wysokość całkowitego budżetu na refundację w latach 2013 i 2014 jest równa kwocie poniesionych przez Fundusz wydatków związanych z finansowaniem świadczeń gwarantowanych, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 14-18 ustawy, o której mowa w art. 63, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, w roku 2011, a począwszy od roku 2015 nie może być niższa od tej kwoty. Środków tych nie można przeznaczyć na finansowanie świadczeń w innych rodzajach. Ponadto, w ciągu roku Oddział musiał zabezpieczyć środki finansowe na pokrycie udzielonych innym Oddziałom pełnomocnictw do zaciągania zobowiązań wynikających z rozliczeń międzyoddziałowych, a świadczenia rozliczane są w terminie 45 dni po upływie okresu rozliczeniowego, kiedy plan finansowy jest już ostatecznie określony i wszelkie zmiany planu są niemożliwe. To uregulowanie wymaga zabezpieczenia środków w planie, w szczególności w stosunku do świadczeń priorytetowych i nielimitowanych. Ostateczne rozliczenie migracji za dany rok następuje już po zakończeniu roku budżetowego, a zamknięcie ksiąg rachunkowych za 2013 r. nastąpiło 21.02.2014 r. i do tego czasu Oddział nie znał ostatecznego poziomu kosztów.

(dowód: akta kontroli, str. 687, 690-691)

Dyrektor Oddziału zarządzeniem nr 7/14 z 22 stycznia 2014 r. w sprawie ostatecznego rozliczenia nadwykonań i niewykonań świadczeń zrealizowanych w ramach umów w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2013 r. określiła zasady rozliczenia nadwykonań i niewykonań.⁶⁵ Proces rzeczowego rozliczenia świadczeń umownych wykonanych w okresie od 1.01. do 31.12.2013 r. określono od 27.01.2014 r. do 14.02.2014 r.

Po zawarciu do dnia 14.02.2014 r. - 1.033 aneksów wartość świadczeń objętych umowami w 9 rodzajach zmniejszono o 17.868,6 tys. zł, a zwiększono o kwotę 93.064,9 tys. zł.

Po 14.02.2014 r., świadczenia ponadumowne wyniosły 2.993,7 tys. zł, tj. 0,13% wartości zawartych umów (2.222.234,3 tys. zł) w 9 rodzajach świadczeń. Nie wykonano świadczeń w 10 rodzajach świadczeń o łącznej wartości 3.875,6 tys. zł, co stanowiło 0,17% wartości zawartych umów i 82,6% wartości niewykonanych umów w 2012 r. (4.692,8 tys. zł).

Ze świadczeń ponadumownych o wartości 2.993,7 tys. zł, świadczeniodawcy zrzekli się świadczeń w kwocie 2.131,3 tys. zł. Na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych wartość świadczeń ponadumownych niezrzeczonych wynosiła 862,4 tys. zł.

(dowód: akta kontroli, str. 675, 680, 681, 682, 683)

⁶³ Po uwzględnieniu zwiększenia planu i niewykonania w zakresach: B2.3.1.1.-Leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte programami lekowymi w wys. odpowiednio 15.703 tys. zł i 888 tys. zł oraz B2.3.2.1.-Leki stosowane w chemioterapii w wys. odpowiednio 2.179 tys. zł i 6.219 tys. zł (w tych zakresach Oddział nie ma możliwości dokonywania zmian i przesunięć w planie), zwiększenie planu wyniosło 161.819 tys. zł, przy niewykonaniu w wys. 22.084 tys. zł

⁶⁴ Dz.U. Nr 122, poz. 696 ze zm.

⁶⁵ Zmiana warunków finansowych umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obejmujących 9 rodzajów świadczeń finansowanych ze środków Funduszu (ambulatoryjna opieka specjalistyczna, leczenie szpitalne, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, rehabilitacja lecznicza, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, opieka paliatywna i hospicyjna, leczenie stomatologiczne, profilaktyczne programy zdrowotne i programy polityki zdrowotnej, świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane odrębnie), dokonywana będzie poprzez zawarcie aneksu rozliczającego/ ugody pozasądowej na podstawie podpisanego przez strony protokołu uzgodnień.

Dariusz Ruczyński wyjaśnił m.in., że w odniesieniu do niezreczonych świadczeń, świadczeniodawcy nie wystąpili z roszczeniem wobec Oddziału. Nie skierowano również spraw na drogę sądową. W ocenie Oddziału niezręczone świadczenia, ze względu na swój charakter (planowe, ze skierowaniem) nie stanowią ryzyka potencjalnych roszczeń wobec Oddziału.

(dowód: akta kontroli, str. 687, 689)

1) Koszty z tytułu przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.

Oddział w 2013 r. poniósł koszty z tytułu koordynacji w łącznej wysokości 9.362.387 zł, które ewidencjonowane były wg rodzajów świadczeń medycznych, z tego:

- z tytułu kosztów świadczeń zdrowotnych udzielonych cudzoziemcom (formularz E-125 – uprawnieni) - na podstawie przedłożonych przez świadczeniodawców raportów statystycznych i kopii EKUZ, Oddział sporządził zestawienia zbiorcze obciążeń na konkretne kraje UE w wysokości 9.349.097 zł (w rozbiciu na poszczególne rodzaje świadczeń medycznych)⁶⁶ i przesłał je (w okresach półrocznych) do NFZ, który dokonuje rozliczeń z krajami UE,

- z tytułu kosztów za transport na podstawie art. 25 ustawy o świadczeniach, zaewidencjonowano⁶⁷ 3 decyzje Prezesa NFZ o pokryciu kosztów transportu w łącznej wysokości 3.065 zł - rozliczenie kosztów transportu sanitarnego do miejsca udzielania świadczeń medycznych, na poniesienie, których Prezes NFZ wydał pozytywne decyzje było prawidłowe.

- na podstawie dwóch decyzji Prezesa NFZ wyrażających, w oparciu o przepisy art. 26 ustawy o świadczeniach, zgodę na leczenie za granicą osób ubezpieczonych, Oddział poniósł i zaewidencjonował⁶⁸ koszty w wys. 10.225 zł, - rozliczenie kosztów leczenia za granicą osób ubezpieczonych – za zgodą Prezesa NFZ – było prawidłowe.

(dowód: akta kontroli str. 692-693)

W 2013 r. koszty leczenia poniesione przez ubezpieczonych za granicą w 2013 r. wyniosły 128.401,43 zł i objęły 322 świadczenia. NFZ zrefundował wymienione wyżej koszty.

Ubezpieczeni, którzy ponieśli koszty leczenia za granicą, wnioskowali (po powrocie z zagranicy) o zwrot kosztów leczenia. Do wniosku załączali m.in. rachunki i dowody zapłaty. Formularz E-126PL (generowany w systemie) kierowany był do instytucji zagranicznej z prośbą o określenie kwoty przysługującej zapłaty. Po otrzymaniu odpowiedzi (na formularzu E-126) Oddział wypłacał ubezpieczonemu zwrot kosztów leczenia.

Badaniu poddano 26 dokumentacji rozliczeniowej (wnioski, rachunki, potwierdzone formularze E 126PL, przelewy, listy kontrolne)⁶⁹ o łącznej wartości 58.659,73 zł (8% ilości świadczeń i 45,7% kosztów poniesionych przez ubezpieczonych za granicą w 2013 r.). Weryfikacja dokumentacji i rozliczenie kosztów leczenia ubezpieczonych za granicą były prawidłowe.

(dowód: akta kontroli, str. 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701)

2) Koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom nieubezpieczonym, spełniającym kryterium dochodowe.

Zapotrzebowanie na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane świadczeniobiorcom nieubezpieczonym, spełniającym kryterium dochodowe, o których mowa w art. 2 ust 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, nie było określone odrębnie w planach finansowych Oddziału. Również, w zawartych ze świadczeniodawcami umowach nie wyodrębniono wartości ww. świadczeń. Podstawą rozliczenia i płatności za świadczenia udzielone w okresie sprawozdawczym były dokumenty rozliczeniowe (rachunek, raport statystyczny, kopia decyzji wójta/burmistrza potwierdzająca prawo do świadczeń).

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 października 2011 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej⁷⁰, na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, udzielonych świadczeniobiorcom spełniającym kryterium dochodowe, Oddział otrzymywał dotację celową, uruchamianą po przedstawieniu

⁶⁶ Konto 500-9 – Koszty świadczeń zdrowotnych udzielonych wg umów cudzoziemcom w RP.

⁶⁷ Konto 420-9-14 – Pomoc doraźna i transport sanitarny.

⁶⁸ Konto 419 – Usługi świadczeń zdrowotnych udzielonych poza granicami.

⁶⁹ Wybór dokumentacji: wyższe koszty leczenia za granicą w poszczególnych miesiącach 2013 r.

⁷⁰ Dz.U. Nr 225, poz. 1355.

miesięcznego sprawozdania z wykonanych przez świadczeniodawców i rozliczonych przez Oddział świadczeń (metoda kasowa). Łącznie w 2013 r. wartość udzielonych świadczeń dla 3.315 osób spełniających kryterium dochodowe wyniosła 9.714,2 tys. zł.⁷¹

Na pokrycie wydatków dla ww. osób, Oddział otrzymał dotację w łącznej wys. 9.714,2 tys. zł (w 3 transzach: 23.12.2013 r. – 7.440,9 tys. zł, 31.12.2013 r. – 2.052,7 tys. zł i 26.02.2014 r. – 220,6 tys. zł).

(dowód: akta kontroli, str. 702)

3) Koszty administracyjne Oddziału (poz. D).

Koszty administracyjne Oddziału wyniosły 19.196 tys. zł i były o 841 tys. zł (o 4,2%) niższe od planowanych na 2013 r. i o 1.006 tys. zł (o 5%) niższe od wykonania w 2012 r.⁷²

(dowód: akta kontroli str. 707, 711)

W 2013 r. w Oddziale nie przekroczono planowanych wydatków na wynagrodzenia.

Wynagrodzenia pracowników Oddziału zatrudnionych na umowę o pracę i wynagrodzenia bezumowne w 2013 r. wyniosły 12.483 tys. zł i stanowiły 65% udziału w kosztach administracyjnych. Udział wynagrodzeń w kosztach administracyjnych ogółem w 2013 r. był wyższy niż w 2012 r. o 4%. Wzrost ten spowodowany był (w porównaniu do 2012 r.) nieznacznym (o 136 tys. zł, tj. o 1,1%) wzrostem wynagrodzeń oraz znacznym zmniejszeniem kosztów administracyjnych (o 1.006 tys. zł, tj. o 5%).

Na wynagrodzenia pracowników zatrudnionych na umowę o pracę wydatkowano łącznie 12.436,9 tys. zł, tj. 99,3% planu po zmianach i 101,1% wynagrodzeń osiągniętych w 2012 r.

Przeciętne miesięczne wynagrodzenie w przeliczeniu na 1 pełnozatrudnionego w Oddziale wyniosło 4.802,19 zł, z tego w grupie: dyrekcja – 13.463,96 zł, kadra kierownicza – 7.612,07 zł, administracja – 4.043,92 zł i pracownicy techniczni – 3.465,87 zł. W porównaniu do 2012 r., przeciętne miesięczne wynagrodzenie w 2013 r. było niższe o 13,9 zł, z tego w grupie: dyrekcja wyższe o 369,62 zł (o 2,8%), kadra kierownicza – niższe o 344,47 zł (o 4,3%), administracji – wyższe o 62,55 zł (o 1,6%), pracowników technicznych – niższe o 269,70 zł (o 7,2%).

(dowód: akta kontroli, str. 707-708, 712)

Dariusz Ruczyński wyjaśnił, że wzrost przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w grupie „dyrekcja” spowodowane było wypłatą nagrody jubileuszowej i niższą absencją chorobową. Niższe przeciętne wynagrodzenie w grupie „kadra kierownicza” w 2013 r. (w porównaniu do 2012 r.) spowodowane było wypłatą w 2012 r. nagrody jubileuszowej, odprawy emerytalnej i ekwiwalentu za niewykorzystany urlop. Podobnie w grupie „pracownicy techniczni” – w 2012 r. wypłacono nagrodę jubileuszową.

(dowód: akta kontroli, str. 762, 781)

Przeciętne zatrudnienie w Oddziale w 2013 r. w przeliczeniu na pełnozatrudnionych wyniosło 215,8 osób, z tego w grupie: dyrekcja wyniosło 4 osoby; kadra kierownicza – 35,8 osób; administracja – 173 osoby, pracownicy techniczni – 3 osoby. Struktura przeciętnego

⁷¹ Ministerstwo Zdrowia w sierpniu 2013 r. przeprowadziło w Oddziale szczegółową kontrolę realizacji w 2012 r. zadania określonego w art. 108 ustawy o świadczeniach, w tym świadczeniobiorcom nieubezpieczonym, spełniającym kryterium dochodowe, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 tej ustawy. W protokole z kontroli podpisanym 23 sierpnia 2013 r. nie odnotowano nieprawidłowości.

⁷² Koszty administracyjne w poszczególnych pozycjach wyniosły:

- D1 – zużycie materiałów i energii wyniosły 820 tys. zł, tj. o 151 tys. zł (o 15,6%) niższym od planu na 2013 r. i o 47 tys. zł (o 6,1%) wyższym od wykonania planu w 2012 r.,
- D2 – usługi obce wyniosły 2.026 tys. zł, tj. o 284 tys. zł (o 12,3%) niższym od planu na 2013 r. i o 230 tys. zł (o 10,2%) niższym od wykonania planu w 2012 r.,
- D3 – podatki i opłaty wyniosły 172 tys. zł, tj. o 65 tys. zł (o 27,6%) niższym od planu na 2013 r. i o 6 tys. zł (o 3,4%) niższym od wykonania planu w 2012 r.,
- D4 – wynagrodzenia wyniosły 12.483 tys. zł, tj. o 40 tys. zł (0,3%) niższym od planu na 2013 r. i o 136 tys. zł (o 1,1%) wyższym od wykonania planu w 2012 r.,
- D5 – ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia wyniosły 2.563 tys. zł, tj. o 215 tys. zł (7,7%) niższym od planu na 2013 r. i o 52 tys. zł (o 2%) wyższym od wykonania planu w 2012 r.,
- D7 – amortyzacja środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych wyniosły 1.014 tys. zł, tj. o 6 tys. zł (o 0,6%) niższym od planu na 2013 r. i o 999 tys. zł (o 49,6%) niższym od wykonania planu w 2012 r., z tego: zakupionych ze środków własnych Funduszu wyniosły 824 tys. zł, tj. o 994 tys. zł (o 54,6%) niższym od wykonania w 2012 r., a otrzymanych nieodpłatnie wyniosły 190 tys. zł, tj. o 4 tys. zł (5%) niższym od wykonania w 2012 r.
- D8 – pozostałe koszty administracyjne wyniosły 118 tys. zł, tj. o 80 tys. zł (o 40,4%) niższym od planu na 2013 r. i o 6 tys. zł (o 4,8%) niższym od wykonania planu w 2012 r.,

zatrudnienia (wg ww. statusów) wynosiła odpowiednio: 1,9%, 16,6%, 80,1% i 1,4%. W porównaniu do stanu w 2012 r. zatrudnienie to było wyższe o 3 osoby w administracji.

Zatrudnienie w Oddziale było niższe od planu o 4,5 osoby (w tym w grupie: administracja niższe o 5,3 osoby, a w grupie kadry kierowniczej wyższe o 0,8 osoby).

Fluktuacja pracowników Oddziału na zasadniczych stanowiskach była niska. W 2013 r. z pracy w Oddziale odeszło 13 osób (9 z upływem czasu, na który zawarta była umowa, 2 – porozumienie stron, 1 – wypowiedzenie, 1 bez wypowiedzenia z winy pracownika), wśród których nie było osób zajmujących stanowiska kierownicze.

Zatrudniono 16 osób, w tym naczelnika Wydziału Informatyki i naczelnika Wydziału Gospodarki Lekami oraz na ½ etatu lekarza na stanowisku st. specjalisty.

(dowód: akta kontroli, str. 707, 712)

W Oddziale zatrudnionych było 13 lekarzy (w tym 12 specjalistów), 4 dentystów (specjalistów), 7 pielęgniarek z wyższym wykształceniem (w tym 6 z tytułem mgr pielęgniarstwa)⁷³.

(dowód: akta kontroli, str. 707)

Dariusz Ruczyński wyjaśnił, że pracownicy medyczni zatrudnieni są w różnych komórkach. Oddział jest zainteresowany pozyskaniem większej liczby lekarzy do pracy, ale ma duże trudności z ich pozyskaniem wynikające, według lekarzy, z mało atrakcyjnych warunków finansowych w stosunku do oferowanych im zarobków w sektorze prywatnym lub u świadczeniodawców mających kontrakt z NFZ. Podkreślił, że liczba pracowników medycznych jak i prezentowane przez nich umiejętności pozwalają na bieżące i prawidłowe wypełnianie zadań statutowych przez Płatnika.

(dowód: akta kontroli, str. 763, 783)

Uchwalony rzeczowy plan wydatków inwestycyjnych wynoszący 520 tys. zł⁷⁴, na wnioski Prezesa NFZ uwzględniające propozycje Dyrektora Oddziału, Rada NFZ 3 uchwałami, zwiększyła o 933 tys. zł (o 179,4%) do kwoty 1.453 tys. zł.

W 2013 r. zrealizowano wszystkie zaplanowane na 2013 r. zadania inwestycyjne w wysokości 1.249,6 tys. zł, tj. w wys. 86% planu inwestycyjnego⁷⁵. Niższe wykonanie planu inwestycyjnego w wymiarze finansowym spowodowane było oszczędnościami wynikającymi z przeprowadzonych postępowań o zamówienia publiczne.⁷⁶ Do wykonania 2013 r. zaliczono 3 zadania inwestycyjne zakończone w terminie do 20.01.2014 r. Wykonawcy tych zadań (z umownym terminem realizacji do 20 stycznia 2014 r.⁷⁷), faktury VAT wystawili 14, 20 i 22 stycznia 2014 r. na łączną kwotę 203.748,80 zł.

W dokumentacji ww. trzech zadań inwestycyjnych znajdowały się m.in. protokoły z 14 i 20.01.2014 r. potwierdzające wykonanie przedmiotu umów.⁷⁸

(dowód: akta kontroli, str.: 708-709, 753-760)

Na działalność statutową (potrzeby własne, i obsługę świadczeniodawców i świadczeniobiorców) w 2013 r. Oddział wynajmował łącznie 335,18 m² powierzchni biurowej w 3 nieruchomościach oraz wydierżawił od Gminy Miasta Szczecin część nieruchomości gruntowej o pow. 638 m² z przeznaczeniem na parking niestrzeżony dla obsługi pacjentów i pracowników Oddziału.

(dowód: akta kontroli, str. 709, 761)

⁷³ Wg MZ-88A – sprawozdania o zatrudnieniu wybranej kadry medycznej w administracji i szkołach wyższych, wg stanu na 31.12.2013 r.

⁷⁴ Na zgłoszone potrzeby w wys. 555 tys. zł.

⁷⁵ Postępowania o zamówienia publiczne nie były objęte niniejszą kontrolą.

⁷⁶ Postępowania o zamówienia publiczne nie były objęte niniejszą kontrolą.

⁷⁷ Zakup UPS do serwera zapasowego (zamówienie publiczne WI nr 220/13 z 5.07.2013 r. na kwotę 29.274 zł), dostawa dławików kompensacyjnych mocy biemej (zam. publ. WI nr 350/13 z 15.11.2013 r. na kwotę 14.624 zł), dostawa i montaż dwóch UPS-ów (zam. publ. nr WI nr 318/13 z 18.10.2013 r. na kwotę 159.850,80 zł).

⁷⁸ Zgodnie z § 3 pkt 7 Regulaminu tworzenia rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych NFZ, jego zatwierdzania i dokonywania zmian w trakcie jego realizacji, stanowiącego załącznik do zarządzenia nr 112/2008/BAG Prezesa NFZ z dnia 30 grudnia 2008 r. w sprawie przyjęcia do stosowania w NFZ regulaminu tworzenia rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych NFZ, jego zatwierdzania i dokonywania zmian w trakcie jego realizacji, zadania inwestycyjne, których realizację rozpoczęto zawierając umowę na ich wykonanie w roku planowania, a zakończono w roku następnym, do dnia 25 stycznia, zalicza się do inwestycji roku rozpoczęcia ich realizacji i finansowane są ze środków na ten rok zaplanowanych.

4) Pozostałe koszty (poz. F) i koszty finansowe (poz. H).

Wykonanie planu finansowego w poz. F-Pozostałe koszty wyniosło 357 tys. zł i było o 519 tys. zł (o 59,2%) niższe od planu na 2013 r. i o 206 tys. zł (o 136,4%) wyższe od wykonania w 2012 r. W podpozycjach: F1 – plan wynoszący 27 tys. zł oraz F2 – plan wynoszący 668 tys. zł nie zostały wykonane. W pozycji F3 – nie planowano kosztów. Natomiast wykonanie planu finansowego w podpozycji F4-Inne koszty wyniosło 357.352,49 zł⁷⁹ i przekroczyło plan finansowy w tej podpozycji wynoszący 181.000 zł o 176.352,49 zł, tj. o 97,4%.

Wykonanie planu finansowego w poz. H-Koszty finansowe na plan w wys. 183 tys. zł wyniosło 5 tys. zł.

Dyrektor Oddziału począwszy od lipca 2013 r. zwracał się do Prezesa NFZ o zwiększenie poziomu finansowania, m.in. poz. F4-Inne koszty z uwagi na niedoszacowanie planu i wzrost kosztów w stosunku do planu. W pismach i sprawozdaniach z realizacji planu finansowego Oddziału kierowanych do NFZ⁸⁰ informowano, że brak zmiany w poz. F4 w trybie art. 124 ust. 1-2 ustawy o świadczeniach będzie skutkował przekroczeniem planu finansowego.

Pismem z 20.01.2014 r. NFZ poinformował Oddział, że Minister Zdrowia – do 31.12.2013 r. – nie zatwierdził zmiany planu finansowego, a następnie pismem z 10.01.2014 r. zwrócił projekt zmiany planu NFZ i poinformował, że z uwagi na zakończenie 2013 r., wniosek o zmianę planu należy uznać za bezprzedmiotowy.

(dowód: akta kontroli, str. 709-710, 735-737, 738-742, 743-745, 746-748, 749, 750, 751, 752)

Dariusz Ruczyński wyjaśnił, że plan w poz. F i H określony został na etapie opracowywania trzyletniej prognozy przychodów i kosztów NFZ na lata 2013-2015 oraz projektu planu finansowego na 2013 r. sporządzonego zgodnie z wytycznymi NFZ. Koszty w poz. F zostały zaplanowane w oparciu o niezbędne potrzeby i planowane wydatki z uwzględnieniem przyszłych zobowiązań wynikających z toczących się spraw sądowych. Prognozowana kwota w poz. H wynikała z oszacowania odsetek ustawowych od kwot przedmiotu sporu, w związku z toczącymi się sprawami sądowymi i dużym prawdopodobieństwem niekorzystnego rozstrzygnięcia dla NFZ. W trakcie 2013 r. Oddział informował Prezesa NFZ o konieczności zwiększenia poziomu finansowania w poz. F4, w związku z faktem ujmowania w księgach rachunkowych odpisów aktualizujących dokonywanych od wszystkich należności z regresów i opłat ustawowych, w przypadku otrzymania sądowego nakazu zapłaty.

(dowód: akta kontroli, str. 762, 764)

5) Zobowiązania Oddziału.

W latach 2012 - 2013 Oddział nie posiadał zobowiązań długoterminowych. Krótkoterminowe zobowiązania wyniosły na koniec 2012 r. 312.754,8 tys. zł, na koniec 2013 r. 304.674,6 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 297 - 298)

Oddział nie posiadał zobowiązań wymagalnych na 31.12.2013 r. (zobowiązania regulowane były w obowiązujących terminach). W 2013 r. Oddział nie płacił kar umownych ani odsetek. Nie dokonano w stosunku do jego majątku zajęć komorniczych.

(dowód: akta kontroli str. 268)

⁷⁹ Koszty w podpozycji F4 – inne koszty wystąpiły w rodzajach: -odpisy aktualizujące należności -332.314,50 zł, koszty sądowe – 17.233 zł, koszty postępowań egzekucyjnych – 8.953,31 zł, odpisanie należności, jako nieściągalnych – 2.280,50 zł, koszty naprawy samochodu powypadkowego – 1.337 zł, wartość zbytych niefinansowych aktywów trwałych – 318,85 zł, koszty sprzedaży i likwidacji środka trwałego – 141,45 zł, koszty lat ubiegłych niedotyczące świadczeń zdrowotnych - /- 5.226,13 zł, pozostałe koszty operacyjne – inne – 0,01 zł.

⁸⁰ Pisma z:

- 9.07.2013 r. (nr WEFIWM-I-0321-01-04-ES/13) o zwiększenie planu o kwotę 159 tys. zł. W odpowiedzi Prezes NFZ poinformował, że w chwili obecnej brak jest wolnych środków w planie finansowym NFZ. Wnioskowane zwiększenie zostanie uwzględnione w chwili pojawienia się dodatkowych środków, poprzez zmianę planu finansowego NFZ na 2013 r. dokonaną w trybie art. 124 ust. 1-2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,

- 4.10.2013 r. (nr WEFIWM-I-0321-01-07-JD/13) Oddział, na wniosek NFZ, przesłał informację o prognozowanym wykonaniu w 2013 r. m.in. w pozycjach planu F1, F2, F3 i F4. Z informacji wynikało, że w poz. F2 prognozowane wykonanie planu wynoszącego 668 tys. zł wyniesie 15 tys. zł, a w poz. F1 plan wynoszący 27 tys. zł nie będzie wykonany,

- 7.11.2013 r. (nr WEFIWM-I-0321-01-09-ES/13) Oddział, na ponowny wniosek NFZ o przeanalizowanie prognozy kosztów w poz. F2 i H, poinformował, że prognozowane wykonanie poz. F2 wyniesie „0”, a w poz. H – 4 tys. zł,

- 9.01.2014 r. (nr WEFIWM-I-0321-01-01-ES/14) Oddział poinformował Prezesa NFZ, że brak zmiany w poz. planu F4-Inne koszty w trybie art. 124 ust. 1-2 ustawy o świadczeniach będzie skutkował przekroczeniem planu finansowego w tej pozycji. W pismach i sprawozdaniach z realizacji planu finansowego Oddziału kierowanych do NFZ ujawniano systematyczne przekroczenie planu finansowego w poz. F4.

Kwota roszczeń wobec Oddziału zgłoszonych w postępowaniach sądowych z zakresu świadczeń zdrowotnych (o zapłatę za wykonane nadlimity, z tytułu kosztów świadczeń pozamedycznych oraz wykonania umowy w rodzaju AOS – badania ultrasonograficzne Doppler Duplex) wyniosła na 31.12.2013 r. 712.672,12 zł⁸¹. Roszczenia zgłoszone w innych postępowaniach sądowych (z powodu nieuzasadnionego rozwiązania umowy o pracę oraz tytułem zadośćuczynienia za utratę zdrowia) stanowiły kwotę 19.730,80 zł.

(dowód: akta kontroli str. 300)

W 2013 r. Oddział w wyniku kontroli zakwestionował wykonanie umów na kwotę 1.190,35 tys. zł⁸², z czego wyegzekwowano 1.165,21 tys. zł (w 2013 r. – 751,74 tys. zł, w 2014 r. – 413,47 tys. zł tj. 97,9 %).

(dowód: akta kontroli str. 268 - 269)

Oddział w 2013 r. nie przeprowadzał kontroli zasadności ujmowania świadczeń przedstawianych przez świadczeniodawców do rozliczenia jako „ratujących życie”. Dariusz Ruczyński wyjaśnił, że w kontrolach tematycznych, gdy weryfikowana była dokumentacja medyczna i stwierdzona została niezasadność oznaczenia świadczenia jako „ratujące życie”, czyniono o tym wzmiankę w protokole kontroli. Oddział regularnie analizował realizację świadczeń opieki zdrowotnej i monitorował poziom sprawozdawanych świadczeń przez świadczeniodawców jako „ratujących życie”. Jako dowód przedłożono pismo skierowane do jednego ze świadczeniodawców w takiej sprawie. Zauważył, że brak jest ustawowej definicji i kryteriów określających świadczenia lub procedury jako „ratujące życie” w lecnictwie szpitalnym. Podał, że wskaźnik nadwykonań ratujących życie w odniesieniu do nadwykonań ogółem w Oddziale za okres I – IX.2013 wyniósł 6,16 %⁸³.

(dowód: akta kontroli str. 271,272,287)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności Oddziału w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Oddziału w zakresie opisanym w części 2.

3. Realizacja wniosków pokontrolnych NIK.

3.1. Ocena realizacji wniosków pokontrolnych NIK.

Opis stanu
faktycznego

W wystąpieniu pokontrolnym z kontroli dostępności i finansowania rehabilitacji leczniczej z 6 grudnia 2013 r. (P/13/131) NIK zawarła wnioski pokontrolne:

1. *Zapewnienie przez użytkowany system informatyczny prawidłowej weryfikacji i punktacji danych, podawanych w ankietach przez oferentów oraz uniemożliwienie oferentowi wprowadzenia w ankiecie błędnych lub wykluczających się informacji.*
2. *Rzetelną weryfikację ofert w zakresie warunków wymaganych oraz warunków dodatkowo ocenianych.*
3. *Zawiadamianie właściwych organów o stwierdzonych przez Oddział „kłamstwach ofertowych” - w ofertach składanych w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza.*

Niniejsza kontrola nie wykazała nieprawidłowości w zakresie zapewnienia przez system informatyczny prawidłowej weryfikacji i punktacji danych podawanych w ankietach przez oferentów, oceny złożonych ofert przez komisję warunków wymaganych oraz dodatkowo ocenianych, a także zawiadamiania organów dochodzeniowych o kłamstwie ofertowym.

Oddział 15.01.2014 r. skierował do Centrali NFZ wniosek o usprawnienie systemu informatycznego w zakresie weryfikacji ofert konkursowych. NFZ pismem z 5.06.2014 r., tj. po 5 miesiącach od otrzymania pisma Oddziału, udzielił odpowiedzi, że wnioski dotyczące zmian w systemie informatycznym należy składać w trybie określonym w zarządzeniu nr

⁸¹ w tym: roszczenia związane ze świadczeniami zdrowotnymi udzielonymi ponad limity – 657.917,00 zł (za lata 2008-2009), pozwy o zapłatę wynikające z wykonania umowy – 54.755,12 zł

⁸² Z tego dotyczyło umów za 2007 r. - 7.571,72 zł, 2008 r. - 18.402,80 zł, 2009 r. - 27.374,00 zł, 2010 r. - 44.818,51 zł, 2011 r. - 48.383,37 zł, 2012 r. - 901.733,29 zł, 2013 r. - 142.067,26 zł

⁸³ drugie miejsce w Polsce na 16 Oddziałów NFZ.

72/2013/DI Prezesa NFZ z dnia 29 listopada 2013 r. w sprawie obsługi wniosku o zmianę oraz realizacji zmiany w systemach informatycznych NFZ. Wniosek złożono w wymaganym trybie 12.06.2014 r.

(dowód: akta kontroli, str. 623, 786, 790, 791-796)

Dariusz Ruczyński wyjaśnił, że system nadal nie zapewnia funkcjonalności uniemożliwiającej oferentom wprowadzania w ofercie konkursowej błędnych lub wykluczających się informacji. Aktualnie komisja weryfikuje oferty ręcznie sprawdzając korelacje ankiety i formularza ofertowego.

(dowód: akta kontroli str. 616, 617)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności Oddziału w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Oddziału w zakresie opisanym w części 3.

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli⁸⁴, wnosi o:

1. Zapewnienie dostępu do świadczeń w zakresie stomatologii doraźnej na terenie subregionu koszalińskiego.
2. Skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia w przypadku poradni kardiologicznych i oddziałów otolaryngologicznych.
3. Rzetelne weryfikowanie i eliminowanie konfliktów personelu w świadczeniach w rodzaju rehabilitacja lecznicza.

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 ust. 1 i 2 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 Szczecinie.

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, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków 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.

Szczecin, dnia 17 lipca 2014 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Szczecinie

Kontroler
Tadeusz Jaworski
główny specjalista kontroli państwowej

Dyrektor

.....
podpis

.....
podpis

⁸⁴ Dz.U. z 2012 r., poz. 82 ze zm.

