



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Warszawie

LWA. 410.004.01.2015

P/15/059

**Tekst jednolity**

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Warszawie

ul. Filtrowa 57, 02-056 Warszawa

T +48 22 444 57 72, F +48 22 444 57 62

[lwa@nik.gov.pl](mailto:lwa@nik.gov.pl)

Adres korespondencyjny: Skr. poczt. P-14, 00-950 Warszawa 1

# I. Dane identyfikacyjne kontroli

|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Numer i tytuł kontroli              | P/15/059 – Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2014 roku.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Jednostka przeprowadzająca kontrolę | Najwyższa Izba Kontroli<br>Delegatura w Warszawie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Kontrolerzy                         | 1. Agnieszka Bolesta, doradca techniczny, upoważnienie do kontroli nr 94225 z dnia 23 marca 2015 r.<br>2. Małgorzata Keller-Boroszek, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 94226 z dnia 25 marca 2015 r.<br>3. Justyna Goszcz, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 94239 z dnia 14 kwietnia 2015 r.<br>4. Bartosz Pomykała, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 94246 z dnia 16 kwietnia 2015 r.<br>dowód akta kontroli [str. tom I str. 1-6, tom II str. 1-2] |
| Jednostka kontrolowana              | Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia <sup>1</sup> , ul. Tytusa Chałubińskiego 8, 00-613 Warszawa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Kierownik jednostki kontrolowanej   | Filip Nowak, Dyrektor Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia <sup>2</sup><br>dowód akta kontroli [str. tom I str. 7]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

## II. Ocena kontrolowanej działalności

### Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości<sup>3</sup> realizację zadań Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2014 r.

### Uzasadnienie oceny ogólnej

W 2014 r. Oddział zapewnił dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej w oparciu o 4 386 umów zawartych ze świadczeniodawcami w 14 rodzajach świadczeń na łączną kwotę 7 687 406,4 tys. zł, z tego 863 umowy o wartości 228 543,6 tys. zł podpisano w 2014 r. w wyniku przeprowadzenia nowych postępowań. W pozostałych przypadkach przedłużono na 2014 r. obowiązywanie umów zawartych w latach wcześniejszych. Postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert lub rokowań przeprowadzono zgodnie z przyjętymi procedurami. Oddział monitorował realizację zawartych umów oraz kontrolował prawidłowość warunków udzielanych świadczeń. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły:

- 1) przedłużenia na 2014 r. umowy ze świadczeniodawcą mimo nierzetelnego wykonywania jej przez tego świadczeniodawcę,

<sup>1</sup> Zwany dalej: Oddziałem lub MOW NFZ

<sup>2</sup> Zwany dalej: Dyrektorem

<sup>3</sup> Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna.

- 2) nie zrealizowania - w jednym przypadku - przez Dyrektora obowiązku przesłania ogłoszenia o postępowaniu do właściwych miejscowo okręgowych izb zrzeszających osoby wykonujące zawody medyczne.

### III. Opis ustalonego stanu faktycznego

#### 1. Proces planowania zakupu świadczeń i sporządzania planu finansowego, ze szczególnym uwzględnieniem zagadnień związanych z wyceną świadczeń

##### 1.1. Przygotowanie procesu kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej

Opis stanu faktycznego

Plan zakupu świadczeń na rok 2014 Oddział opracował na podstawie przewidywanej na 2014 r. kwoty środków przeznaczonych na pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych z uwzględnieniem wielkości kontraktów zawartych w poszczególnych ich rodzajach na 2013 r. oraz ich wykonania w I półroczu tego roku.

dowód akta kontroli [tom I str. 52 ]

Plan zakupu świadczeń na 2014 r. z dnia 28 listopada 2013 r. (pierwotny) zakładał zakup świadczeń w ramach umów wieloletnich niewygasających przed rokiem planowania o wartości 7 037 981,8 tys. zł, a w procedurze konkursu ofert, rokowań lub art. 159 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>4</sup> o wartości 1 638 414,5 tys. zł. W pozycji „Nowe zamówienie konkurs ofert i rokowania (art. 159 ustawy)” uwzględniono przez pomyłkę świadczenia w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej<sup>5</sup> (932 074,8 tys. zł) oraz zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi (115 500,0 tys. zł), w przypadku których umowy zostały przedłużone do końca 2014 r.<sup>6</sup> Ostatecznie po uwzględnieniu stwierdzonej w toku kontroli pomyłki plan zakupu zakładał w pozycji:

- umowy wieloletnie niewygasające przed rokiem planowania – 8 085 556,5 tys. zł (co stanowiło 93,19% łącznej wartości planu zakupu),
- nowe zamówienie konkurs ofert i rokowania (art. 159 ustawy o świadczeniach) - 590 839,6 tys. zł (co stanowiło 6,81% łącznej wartości planu zakupu).

W stosunku do pierwotnego planu zakupu świadczeń z 28 listopada 2013 r. nie zrealizowano następujących postępowań konkursowych i zdecydowano o przedłużeniu dotychczasowych umów:

- ambulatoryjna opieka specjalistyczna – świadczenia diagnostyczne kosztochłonne (badanie tomografii komputerowej (TK) oraz na badania rezonansu magnetycznego (RM) o wartości – 5 775,1 tys. zł,
- leczenie szpitalne – chemioterapia o wartości – 152 013,3 tys. zł<sup>7</sup>,
- rehabilitacja lecznicza o wartości – 200 489,3 tys. zł<sup>8</sup>.

<sup>4</sup> Dz. U. z 2015 r. poz. 581 ze zm. , zwana dalej: *ustawą o świadczeniach*

<sup>5</sup> Zwanej dalej: *POZ*

<sup>6</sup> Kwoty wskazane w planie zakupów powinny znaleźć się w pozycji „Umowy wieloletnie niewygasające przed rokiem planowania”.

<sup>7</sup> W wyniku decyzji Prezesa NFZ (pismo znak: NFZ/CF/DGL/2013/075/0602/W/35495/DOK z dnia 24 grudnia 2013 r.) umowy obowiązujące w roku 2014 zostały aneksowane do końca 2014 r.

<sup>8</sup> Z uwagi na unieważnienie postępowania konkursowego na podstawie art. 150 ust. 1 pkt 5 ustawy o świadczeniach i za zgodą Prezesa NFZ z dnia 27 czerwca 2014 rok (pismo znak: NFZ/CF/DSOZ/2014/075/0807/W/19752/AGR) umowy obowiązujące do 30 czerwca 2014 r. zostały przedłużone do 31 grudnia 2014 r.

Ponadto w wyniku zmniejszeń wartości środków w planie finansowym nie przeprowadzono postępowań konkursowych w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień<sup>9</sup>.

Ograniczono również ilość zakupionych świadczeń w rodzaju leczenie stomatologiczne<sup>10</sup> oraz zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi<sup>11</sup>.

Wyżej wymienione zmiany spowodowały, że w planie zakupu świadczeń na dzień 1 grudnia 2014 r. wartość świadczeń zakupionych w trybie umów wieloletnich wzrosła do kwoty 8 381 366,1 tys. zł (co stanowiło 96,22% łącznej wartości środków przeznaczonych na zakup świadczeń), a wartość zakupów w nowych postępowaniach zmniejszyła się do kwoty 329 221,7 tys. zł (3,78%).

dowód akta kontroli [tom I str. 28-32, 52]

Na 2014 r. Oddział określił 34 priorytety regionalne<sup>12</sup> w ośmiu rodzajach świadczeń. W przypadku 4 priorytetów w planie zakupu świadczeń ujęto ogólną liczbę świadczeń dla całego zakresu, nie wyodrębniając świadczeń priorytetowych. Analiza liczby jednostek rozliczeniowych wykazała, że wykonano w 2014 r. więcej tego typu świadczeń niż w 2013 r., w przypadku 3 priorytetów, tj.:

- a) świadczeń w ramach endoprotezoplastyki (H01-H06) o 2,46%
- b) świadczeń w zakresie elektroterapii serca (urządzenia wszczepialne) o 0,46%
- c) rehabilitacja dzienna w szczególności po leczeniu raka piersi, stwardnienia rozsianego o 6,3%.

W przypadku jednego priorytetu, tj. świadczeń operacyjnego leczenia zaćmy nastąpił spadek liczby wykonanych jednostek rozliczeniowych o 12,41% w stosunku do 2013 r.

W 18 priorytetach, pomimo zaplanowania na 2014 r. mniejszej liczby jednostek rozliczeniowych w stosunku do wykonanych w 2013 r., świadczeniodawcy zrealizowali ich więcej w stosunku do planu na 2014 r. i tak w zakresie:

- a) świadczeń zdrowotnych kontraktowanych odrębnie, łącznie w 5 priorytetach o 13,25%,
- b) świadczeń dotyczących kompleksowego zabezpieczenia chorób nowotworowych (chemioterapia, radioterapia, leczenie chirurgiczne, zachowawcze i profilaktyka) w ramach jednego priorytetu - o 12,97%,
- c) świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych (w ramach opieki długoterminowej) łącznie w 4 priorytetach - o 2,87%,
- d) świadczeń w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej, łącznie w dwóch priorytetach – o 5,32%,
- e) świadczeń rehabilitacji leczniczej, łącznie w 6 priorytetach o 4,56%.

W przypadku trzech priorytetów wartość planowanych świadczeń była wyższa od wykonanych w 2013 r., tj.

<sup>9</sup> W wyniku zmiany planu finansowego z dnia 2 października, 2 grudnia oraz 30 grudnia 2013 r. nakłady finansowe zmniejszono łącznie o kwotę 4 964,0 tys. zł.

<sup>10</sup> W wyniku zmiany planu finansowego z dnia 2 i 30 grudnia 2013 r. nakłady finansowe zostały zmniejszone o kwotę 4 002,0 tys. zł.

<sup>11</sup> W wyniku zmiany planu finansowego z dnia 27 maja 2014 r. zostały zmniejszone nakłady finansowe o kwotę 6 000,0 tys. zł.

<sup>12</sup> W tym leczenie szpitalne – 7 priorytetów, świadczenia zdrowotne kontraktowane oddzielnie – 5, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej – 4, opieka paliatywna i hospicyjna – 2, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – 6, podstawowa opieka zdrowotna – 1, rehabilitacja lecznicza – 7, ambulatoryjna opieka specjalistyczna – 2.

- a) „Optymalne zabezpieczenie świadczeń zabiegowych w rodzaju Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna na terenie województwa mazowieckiego.” – na 2014 r. zaplanowano o 24,6% więcej świadczeń niż wykonano ich w 2013 r.
- b) „Poprawa jakości i skuteczności opieki geriatrycznej nad pacjentem w wieku podeszłym.” – na 2014 r. zaplanowano o 62,39% więcej świadczeń niż wykonano ich w 2013 r.
- c) „Geriatra zakontraktowanie oddziału(ów) ew. kontynuacja, dla realizacji ogólnopolskiego priorytetu zapewnienia opieki geriatrycznej w regionie.” - na 2014 r. zaplanowano o 415,38% więcej świadczeń niż wykonano ich w 2013 r.

W przypadku 5 priorytetów z zakresu opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień dla poszczególnych priorytetów zaplanowano więcej jednostek rozliczeniowych w ramach świadczeń realizujących dany priorytet niż wykonano ich w 2013 r., tj. w zakresie priorytetu:

- a) „Wyrównanie i zwiększenie dostępności do świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży (we wszystkich zakresach świadczeń ze szczególnym uwzględnieniem leczenia stacjonarnego)” o 18,7%,
- b) „Zwiększenie dostępności do świadczeń w zakresach dziennej opieki psychiatrycznej dla dorosłych” o 7,9%,
- c) „Zwiększenie dostępności do świadczeń dla osób z zaburzeniami psychicznymi realizowanych w ramach leczenia środowiskowego (domowego)” o 34,24%,
- d) „Wyrównanie dostępności do świadczeń dla osób uzależnionych od alkoholu realizowanych w warunkach ambulatoryjnych i dziennych” o 15,54%,
- e) „Zwiększenie dostępności do leczenia oraz wsparcia psychologiczno-psychiatrycznego weteranom działań poza granicami państwa oraz ich rodzinom” o 2,99%.

dowód akta kontroli [tom I str. 34-44]

## 1.2. Przygotowanie planu finansowego

Opis stanu faktycznego

Wielkość planowanych kosztów Oddziału na 2014 r. (plan finansowy) sporządzono zgodnie z założeniami do projektu planu przekazanymi przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia<sup>13</sup> pismem z dnia 2 lipca 2013 r.<sup>14</sup> w którym określono m.in. w pozycji „Koszty świadczeń zdrowotnych” – 8 788 251,0 tys. zł, „Koszty administracyjne” – 67 672 tys. zł, „Pozostałe koszty” – 33 913 tys. zł, „Koszty finansowe” – 12 260,0 tys. zł.

dowód akta kontroli [tom IV str. 1-27]

W zakresie „Kosztów świadczeń zdrowotnych” z 18 wyszczególnionych w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia pozycjach:

- a) w pięciu (opieka paliatywna i hospicyjna, leczenie uzdrowiskowe, pomoc doraźna i transport sanitarny, koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu, koszty świadczeń opieki zdrowotnej z lat ubiegłych) plan zakładał utrzymanie finansowania świadczeń na poziomie 2013 r.,
- b) w sześciu (podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawa, o których mowa w ustawie o refundacji, świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie) przewidziano zwiększenie finansowania w stosunku do 2013 r.,
- c) w przypadku świadczeń w rodzaju leczenia szpitalne zwiększono poziom finansowania terapeutycznych lekowych programów zdrowotnych

<sup>13</sup> Zwany dalej: Prezes NFZ

<sup>14</sup> Pismo znak: NFZ/CF/DEF/2013/077/0183/W/17818/MMA.

i chemioterapii, natomiast zmniejszono w stosunku do planu 2013 r. łączny koszt świadczeń zdrowotnych; w rodzaju rehabilitacja lecznicza zwiększono poziom finansowania świadczeń w zakresie rehabilitacji pulmonologicznej i ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych a zmniejszono nakłady na świadczenia w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej o 5% w stosunku do 2013 r.; w rodzaju leczenie stomatologiczne zmniejszono nakłady na świadczenia ogólnostomatologiczne w stosunku do 2013 r. o 6% z zastrzeżeniem, że zmniejszenie poziomu finansowania nie mogło dotyczyć świadczeń stomatologicznych dla dzieci,

- d) w dwóch nie zaplanowano środków (rezerwy na koszty realizacji zadań wynikających z przepisów o koordynacji oraz rezerwy na pokrycie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej oraz refundacji leków),
- e) koszt na refundację leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych – zaplanowano z uwzględnieniem art. 74 ust. 3 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych<sup>15</sup>,
- f) w pozycji rezerwa na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych, koszty z tego tytułu zapisane zostały w kwotach zgodnych z minimalną wartością rezerwy na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych.

dowód akta kontroli [tom IV str. 28-40]

Analiza ceny oczekiwanej określonej przez Oddział dla konkursów dotyczących świadczeń z rodzaju leczenie stomatologiczne, Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna<sup>16</sup>, Leczenie Szpitalne<sup>17</sup> wykazała, że spośród 23 zakresów świadczeń, na które Oddział przeprowadzał postępowanie tylko w przypadku jednego zakresu, tj. „świadczenia stomatologiczne dla świadczeniobiorców z grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych, w tym chorych na AIDS” cenę oczekiwaną zmniejszono w stosunku do ceny obowiązującej w 2013 r. (tj. z 4,00 zł na 3,00 zł). W pozostałych zakresach ceny oczekiwane były takie same jak w 2013 r.<sup>18</sup>

Ceny oczekiwane proponowane przez Oddział były porównywalne do cen innych oddziałów NFZ, np. w przypadku świadczeń w zakresie dermatologii i wenerologii - 8,50 zł, a w oddziałach wojewódzkich średnio 8,36 zł (od 9,12 do 7,72 zł), badania endoskopowe przewodu pokarmowego – gastroscopia - 9,0 zł, w oddziałach średnio 8,73 zł (od 10 do 7,74 zł); świadczenia w zakresie kardiochirurgii - 10 zł w oddziałach średnio 9,42 zł (10,50 do 8,57 zł). W rodzaju LSz we wszystkich zakresach, poza izbą przyjęć, 52,0 zł w pozostałych województwach 52,0 zł z wyjątkiem woj. śląskiego, w którym w przypadku świadczeń w zakresie geriatry – hospitalizacja 51,44 zł oraz chirurgia naczyniowa – hospitalizacja 51,42 zł.

dowód akta kontroli [tom I str. 53-58, 65-69, 71-78]

<sup>15</sup> Dz. U. z 2015 r., poz. 345., zwana dalej: *ustawą o refundacji leków*

<sup>16</sup> Zwana dalej: AOS

<sup>17</sup> Zwane dalej: LSz

<sup>18</sup> W przypadku: - AOS postępowania konkursowe przeprowadzone w 2014 r. miały charakter uzupełniający dlatego ceny oczekiwane zaproponowane świadczeniodawcom były takie same jak w przypadku głównych postępowań konkursowych, - LSz w 7 postępowaniach (z wyjątkiem postępowania na izbę przyjęć którą wyłoniono w trybie rokowań stawkę ryczałtu dobowego (3 968,0 zł) obliczono według wzoru określonego w § 18 ust. 2 zarządzenia nr 89/2013/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne), miały one charakter uzupełniający lub wynikały z konieczności zabezpieczenia kontynuacji świadczeń np. z uwagi na zmianę warunków wymaganych do realizacji świadczeń, w związku z powyższym cena oczekiwana nie mogła być inna niż cena, którą Oddział zaproponował w głównym konkursie przeprowadzonym w latach wcześniejszych (2010, 2012 i 2013 r.).

W toku przedłużania umów obowiązujących w 2013 r. na rok następny dokonano zmiany ceny za punkt rozliczeniowy w wyniku następujących okoliczności:

- po analizie porównawczej cen w skali kraju zmniejszono cenę za punkt rozliczeniowy świadczeń w zakresie leczenia AIDS z 25,00 zł na 22,00 zł;
- zespół negocjacyjny powołany w Oddziale ustalił z przedstawicielami świadczeniodawców poziom finansowania świadczeń zwiększając cenę jednostkową za punkt w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień<sup>19</sup>;
- na wniosek podmiotu leczniczego w sprawie zmian wyceny stawki, po dokonanej analizie przesłanego kosztorysu wykonywanych procedur w zakresie świadczeń leczenia dzieci ze śpiączką z 1,00 zł do 1,60 zł;
- otrzymanych z Centrali NFZ<sup>20</sup> wytycznych, zwiększono cenę świadczeń w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym/opiekuńczo-leczniczym o 1 zł (np. z 73,50 do 74,50 zł, 74,00 do 75,00 zł) oraz w zakresie świadczeń w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla dzieci i młodzieży/opiekuńczo-leczniczym dla dzieci i młodzieży z 74,00 zł do 92,00 zł;
- w wyniku zmiany planu finansowego na rok 2014 (wartość dotacji celowej na rok 2013 wynosił 228 948,00 tys. zł, natomiast w 2014 r. - 228 795,00 tys. zł.) zmieniono wartości świadczeń w ramach tego zadania.

dowód akta kontroli [tom II str. 356-360]

Ustalono  
nieprawidłowości

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

Uwagi dotyczące  
badanej działalności

NIK zwraca uwagę na bardzo różnorodną i rozbudowaną listę priorytetów regionalnych, które nie znalazły odzwierciedlenia w planie zakupu świadczeń. W przypadku części priorytetów nie zaplanowano zakupu większej liczby jednostek rozliczeniowych.

P.o. Naczelnika Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej wyjaśniła, że w ramach realizacji priorytetów Oddział przyjął zasadę rozliczenia świadczeń na koniec okresu rozliczeniowego w zakresach, w których nastąpiły nadwykonania w stosunku do planu zakupu świadczeń. Wyznaczenie priorytetu oznaczało, że te zakresy świadczeń będą finansowane w pierwszej kolejności, stosownie do możliwości finansowych.

dowód akta kontroli [tom I str. 521-523]

Ocena częściowa

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

## **2. Proces kontraktowania i zabezpieczenia dostępu do świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych i świadczeniobiorców**

### **2.1. Kontraktowanie świadczeń**

Opis stanu  
faktycznego

Plan zakupu świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych w 2014 r. zrealizowano w oparciu o 4 386 umów zawartych ze świadczeniodawcami w 14 rodzajach świadczeń na łączną kwotę 7 687 406,4 tys. zł<sup>21</sup>. W trybie art. 159

<sup>19</sup> Tj. świadczeniach psychiatrycznych dla dorosłych z 11,50 zł do 12,00 zł, świadczeniach psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży z 12,50 zł do 13,00 zł, świadczeniach psychiatrycznych dla chorych somatycznie z 11,50 zł do 12,00 zł, świadczeniach psychogeriatrycznych z 11,50 zł do 12,00 zł; świadczeniach rehabilitacyjnych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi innymi zaburzeniami psychicznymi głównie psychotycznymi (podwójna diagnoza) z 12,50 zł do 13,00 zł, świadczeniach opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży z 11,50 zł do 12,50 zł.

<sup>20</sup> Pismo z dnia 17 lutego 2013 r. znak NFZ/CF/DSOZ/2013/075/0185/W/05333KA.

<sup>21</sup> Wg stanu na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych na koniec roku 2014.

ustawy o świadczeniach zawarto 27 umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna oraz 54 umów w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne<sup>22</sup>.

dowód akta kontroli [tom II str. 115]

W 2014 r. w MOW NFZ nie wystąpiły przypadki zawarcia umowy ze świadczeniodawcami, którzy nie spełnili wymaganych warunków oraz nie zawarto umów warunkowych na okres jednego roku. W badanym okresie Oddział nie odstępował od procedur kontraktowania świadczeń określonych przez Prezesa NFZ.

dowód akta kontroli [tom II str. 54,160]

Wartość obowiązujących w 2014 r. umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>23</sup> (z uwzględnieniem zawartych w ciągu roku ugód) na jednego ubezpieczonego wyniosła od 0,38 zł (0,32 zł w 2013 r.) w rodzaju „lecnictwo uzdrowiskowe” do 934,09 zł (847,59 zł w 2013 r.) w rodzaju „LSz – oddziały szpitalne, teleradioterapia, brachyterapia, terapia izotopowa”. W porównaniu do 2013 r. w poszczególnych rodzajach świadczeń wartość umów wzrosła od 5% w rodzaju „leczenie stomatologiczne” do 22 % w rodzaju „LSz – programy lekowe”.

Wartość świadczeń zrealizowanych w 2014 r.<sup>24</sup> w przeliczeniu na jednego ubezpieczonego wyniosła od 0,34 zł (0,30 zł w 2013 r.) w rodzaju „lecnictwo uzdrowiskowe” do 967,08 zł (896,39 zł w 2013 r.) w rodzaju „LSz - oddziały szpitalne, teleradioterapia, brachyterapia, terapia izotopowa”. W poszczególnych rodzajach świadczeń wzrosła od 5% w rodzaju „leczenie stomatologiczne” do 23% w „LSz – programy lekowe”.

dowód akta kontroli [tom II str. 23-24, 30-31]

W 2014 r. MOW NFZ na leczenie ubezpieczonych spoza województwa, wydatkował 963 595,7 tys. zł, tj. 11,39% ogółu środków<sup>25</sup> wydatkowanych w 2014 r. (w 2013 r. wydatkowano 940 428,7 tys. zł, tj. 11,26%). W poszczególnych rodzajach świadczeń wydatki związane z leczeniem ubezpieczonych spoza województwa wyniosły od 867,7 tys. zł (profilaktyczne programy zdrowotne) do 616 207,7 tys. zł (LSz – oddziały szpitalne, teleradioterapia, brachyterapia, terapia izotopowa). W 2013 r. odpowiednio od 786,0 tys. zł (profilaktyczne programy zdrowotne) do 622 121,9 tys. zł (LSz – oddziały szpitalne, teleradioterapia, brachyterapia, terapia izotopowa).

dowód akta kontroli [tom II str. 24-25, 32]

W 2014 r. Oddział przeprowadził łącznie 425 postępowań w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej z czego:

- 419 (98,6%) w trybie konkursu ofert<sup>26</sup>, w tym: 354 dotyczyły leczenia stomatologicznego, 19 AOS, 17 LSz, 8 opieki pielęgnacyjnej i opiekuńczej, 8 opieki paliatywnej i hospicyjnej, 5 pomocy doraźnej i transportu sanitarnego, 2 opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, 2 leczenia sanatoryjnego, 2 profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych przez NFZ,

<sup>22</sup> Przepis art. 136 pkt 5) ustawy o świadczeniach, dotyczący określenia w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy, nie ma zastosowania do zawierania umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna oraz zaopatrzenie w wyroby medyczne.

<sup>23</sup> W wartościach zawartych umów nie uwzględniono dwóch rodzajów świadczeń tj. POZ oraz zaopatrzenie w wyroby medyczne w związku z tym, że w umowach zawieranych w tych rodzajach nie określa się maksymalnej kwoty zobowiązania MOW NFZ wobec świadczeniodawców.

<sup>24</sup> Wartość zrealizowanych świadczeń w przeliczeniu na jednego ubezpieczonego w rodzaju: POZ, zaopatrzenie w wyroby medyczne, lecnictwo uzdrowiskowe, pomoc doraźna i transport sanitarny wyliczone zostały na podstawie zaksięgowanych rachunków na dzień 28 maja 2015 r.

<sup>25</sup> Udział wydatków na leczenie ubezpieczonych spoza województwa mazowieckiego w podziale na rodzaje świadczeń z wyłączeniem świadczeń w rodzaju: zaopatrzenie w wyroby medyczne, ratownictwo medyczne, pomoc doraźna i transport sanitarny, lecnictwo uzdrowiskowe.

<sup>26</sup> W 2014 r. MOW NFZ ogłosił 378 głównych postępowań konkursowych w tym: 12 w LSz – programy zdrowotne (lekowe); 345 w leczeniu stomatologicznym; 8 w świadczeniach pielęgnacyjnych i opiekuńczych; 8 w opiece paliatywnej i hospicyjnej; 5 w pomocy doraźnej i transport sanitarny.

- 1 podstawowej opieki zdrowotnej oraz 1 świadczeń zdrowotnych kontraktowanych odrębnie;
- 6 w trybie rokowań, w tym: 3 dotyczyły AOS, 3 LSz.  
dowód akta kontroli [tom II str. 116]

Łącznie w trakcie rozstrzygniętych postępowań złożono 1 628 ofert. W całości odrzucono 150 ofert, a w części 8 z powodu niespełnienia wymaganych przepisami prawa warunków wykonywania świadczeń. Oferenci złożyli ogółem 163 protesty z czego 18 uwzględniono.

Łącznie w procedurze konkursu ofert i rokowań w 2014 r. podpisano lub aneksowano 863 umowy na zakup świadczeń o łącznej wartości 228 543,6 tys. zł. Nie zawarto umów ze 136 oferentami, tj. 14,8% biorących udział w prowadzonych postępowaniach, m.in. w związku z wyczerpaniem kwoty zamówienia.

dowód akta kontroli [tom II str. 54-55, 113-116, 122, tom V 332-333]

Badanie 9 z 425 (2,1%) rozstrzygniętych postępowań (w tym 6 z 20 przeprowadzonych w rodzaju LSz<sup>27</sup> i 3 z 22 w rodzaju AOS<sup>28</sup>), zakończonych zakontraktowaniem świadczeń na łączną kwotę 48 840,5 tys. zł wykazało, że wszystkie były prowadzone wg zasad określonych w *zarządzeniu Nr 57/2013/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 2 października 2013 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz w zarządzeniu Nr 3/2014/DSOZ Prezesa NFZ z 23 stycznia 2014 r. w sprawie kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*. Na podstawie dokumentacji konkursowej stwierdzono m.in., że:

- we wszystkich przypadkach zostały powołane komisje konkursowe, a wszyscy ich członkowie złożyli oświadczenia, że nie zachodzą wobec nich przesłanki wyłączenia z postępowania;
- powołano w Oddziale Biuro obsługi konkursu ofert (BOKO), które przekazywało komisjom konkursowym oferty, które wpłynęły na każde z postępowań;
- poza jednym przypadkiem przesyłano informacje o ogłoszeniu postępowania do izb zrzeszających zawody medyczne, zgodnie z § 1 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 15 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań<sup>29</sup>;
- we wszystkich przypadkach sporządzono ranking otwarcia oraz ranking końcowy po przeprowadzonych negocjacjach z poprawnie wyliczonymi wartościami punktowymi;

<sup>27</sup> Postępowania numer: 07-14-000622/SZP/03/1/03.4060.030.02/01 geriatrya-hospitalizacja (konkurs ofert); 07-14-000683/SZP/03/1/03.4530.040.02/01 chirurgia naczyniowa hospitalizacja II poziom referencyjny w tym chirurgia naczyniowa hospitalizacja II poziom referencyjny – Q01,Q52, 5.52.01.0001496, 5.53.01.0001435. (konkurs ofert), 07-14-000125/SZP/03/1/03.4900.008.03/03 Izba przyjęć (rokowania); 07-14-000708/SZP/03/4/03.0000.105.02/03 terapia izotopowa (rokowania); 07-14-000655/SZP/03/5/03/03.0000.359.02/01 Leki w programie lekowym – leczenie czerniaka skóry lub błon śluzowych IPIILIMUMABEM w tym program lekowy leczenie czerniaka skóry lub błon śluzowych IPIILIMUMABEM na obszarze województwa mazowieckiego; 07-14-000657/SZP/03/5/03.0000.357.02/01 Program lekowy – Leczenie spastyczności kończyny górnej po udarze mózgu z użyciem toksyny botulinowej typu A (ICD -10 I61, I63, I69) w tym leki w programie na obszarze województwa mazowieckiego.

<sup>28</sup> Postępowania numer: 07-14-000695/AOS/02/1/02.1200.001.02/01 AOS w zakresie dermatologii i wenerologii (na obszarze powiatu Siedleckiego, Siedlce), 07-14-000-747/AOS/02/1/021560.001.02/01 AOS w zakresie: świadczenia w kardiologii na obszarze Warszawy; 07-14-000779/AOS/02/3/02.0000.078.02/01 AOS – badania endoskopowe przewodu pokarmowego – gastroscopia na obszarze: powiat Ostrołęcki, Ostrołęka.

<sup>29</sup> Dz. U. Nr 273, poz. 2719 - uchylony z dniem 1 stycznia 2015 r. ustawą o zmianie ustawy o świadczeniach oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2014 r. poz. 1138 ze zm.).

- we wszystkich badanych postępowaniach przeprowadzono negocjację, po których sporządzono protokół ustaleń zawierający informacje o ostatecznym stanowisku w zakresie ceny i liczby świadczeń oraz uzasadniano różnice pomiędzy propozycją zakontraktowania liczby jednostek rozliczeniowych Oddziału a wartościami ofertowymi<sup>30</sup>;
- stosowano przy ocenie kryterium jakości i ciągłości, które nie ograniczały udziału w postępowaniach nowym podmiotom;
- czas pracy proponowany przez oferentów w rodzaju AOS spełniał wymogi określone w § 11 ust. 5 zarządzenia nr 71/2012/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 7 listopada 2012 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna;
- poza jednym przypadkiem<sup>31</sup>, w badanych postępowaniach oferenci w wyniku przeprowadzonych negocjacji nie obniżyli ceny świadczeń zaproponowanej w ofercie (obniżenie ceny przez oferenta nie wpłynęło na zmianę pozycji rankingowej oferenta).

dowód akta kontroli [tom V str. 332- 463]

W 4 z 9 badanych postępowań wpłynęło po jednej ofercie<sup>32</sup>. W związku ze spełnieniem warunków udzielania świadczeń przez oferentów umowy zawarto, z każdym ze świadczeniodawców zgodnie z ofertą.

W 2<sup>33</sup> z 5 pozostałych postępowań łączna kwota ofert nie przekraczała wartości zamówienia w związku z czym podpisano umowy ze wszystkimi podmiotami zgodnie z ofertą. W 3<sup>34</sup> pozostałych postępowaniach, gdzie łączne wartości ofertowe przekraczały kwotę zamówienia, wystąpiły przypadki zmniejszenia, w wyniku negocjacji, liczby jednostek rozliczeniowych w stosunku do złożonych ofert, bądź ich niewybrania:

- w 2<sup>35</sup> przypadkach umowy zawarto ze wszystkimi oferentami z tym, że: w jednym postępowaniu podmiot, którego oferta została najwyżej oceniona w rankingu podpisał umowę z Oddziałem zgodnie z ofertą na 343,0 tys. zł (tj. 35,9% wartości zamówienia), a drugi oferent otrzymał pozostałą wartość zamówienia, tj. 613,8 tys. zł (tj. 64,1% wartości zamówienia)<sup>36</sup> natomiast w drugim przypadku: wartość zamówienia została podzielona pomiędzy 5 oferentów. Zakontraktowano świadczenia o wartości 18 311,5 tys. zł (tj. 50,8% wartości zamówienia) u oferenta, który otrzymał najwyższą ilość punktów rankingowych, a pozostałą część podzielono

<sup>30</sup> W badanej próbie negocjacje prowadzono również w postępowaniach, w których wpłynęła tylko jedna oferta zgodna z propozycjami funduszu.

<sup>31</sup> Postępowanie numer 07-14-000683/SZP/03/1/03.4530.040.02/01 w rodzaju: LSz: chirurgia naczyniowa - hospitalizacja II poziom referencyjny w tym: chirurgia naczyniowa hospitalizacja II poziom referencyjny - Q01, Q525.52.01.0001496, 5.53.01.0001435 na obszarze województwa mazowieckiego.

<sup>32</sup> W 2 postępowaniach w AOS (w tym: w zakresie świadczenia w kardiologii na obszarze Warszawy oraz w zakresie badania endoskopowe przewodu pokarmowego – gastroscopia na obszarze: powiat Ostrołęcki; Ostrołęka) i 2 w LSZ ( w tym: w zakresie terapii izotopowej oraz w zakresie izba przyjęć).

<sup>33</sup> W 2 postępowaniach w LSz tj. w zakresie Leków w programie lekowym – leczenie czerniaka skóry lub błon śluzowych IPILIMUMABEM w tym program lekowy – leczenie czerniaka skóry lub błon śluzowych IPILIMUMABEM na obszarze województwa mazowieckiego oraz w zakresie program lekowy – leczenie spastyczności kończyny górnej po udarze mózgu z użyciem toksyny botulinowej typu A (ICD -10 I61, I63, I69) w tym leki w programie, na obszarze województwa mazowieckiego.

<sup>34</sup> W 1 postępowaniu w AOS (w zakresie dermatologii i wenerologii na obszarze powiatu Siedleckiego, Siedlce) oraz w LSz ( w tym w zakresie geriatry – hospitalizacja oraz w zakresie chirurgia naczyniowa – hospitalizacja II poziom referencyjny – Q01,Q52, 5.52.01.0001496, 5.53.01.0001435 na obszarze województwa mazowieckiego).

<sup>35</sup> Postępowania w LSz w tym: w zakresie geriatry – hospitalizacja oraz w zakresie chirurgia naczyniowa – hospitalizacja II poziom referencyjny – Q01,Q52, 5.52.01.0001496, 5.53.01.0001435 na obszarze województwa mazowieckiego.

<sup>36</sup> Postępowanie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w LSz w zakresie geriatry – hospitalizacja.

na 4 pozostałych świadczeniodawców odpowiednio w wysokości: 4 624,6 tys. zł (tj. 12,8% wartości zamówienia); 5 272,4 tys. zł (14,6% wartości zamówienia); 4 562,9 tys. zł (tj. 12,7% wartości zamówienia); 3 283,6 tys. zł (tj. 9,1% wartości zamówienia);

- w <sup>137</sup> przypadku umowę zawarto ze świadczeniodawcą, którego oferta otrzymała najwyższą ilość punktów (nie wybrano 3 ofert) pomimo, że spełniały warunki realizacji świadczeń.

dowód akta kontroli [tom V str.: 332-335, 345-346, 356-357, 368-369, 385-386, 397-398, 416-417, 424-425, 433-434]

W toku prowadzonych czynności kontrolnych stwierdzono m. in., że w trakcie prowadzonego w 2014 r. postępowania o udzielanie świadczeń w rodzaju – „LSz - oddziały szpitalne” w zakresie geriatry – hospitalizacja, nie obniżono punktacji oferty świadczeniodawcy, u którego w trakcie kontroli Ministra Zdrowia stwierdzono nieprawidłowości<sup>38</sup>. Skutkiem powyższego było rozwiązanie w dniu 18 lutego 2014 r. umowy ze świadczeniodawcą z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia.

dowód akta kontroli [tom V str. 290-305, 309]

Zgodnie z § 1 pkt. 1 lit. e) zarządzenia nr 3/2014/DSOZ Prezesa NFZ z 23 stycznia 2014 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oceny ofert w postępowaniu dokonuje się m.in. z uwzględnieniem wyników ostatniej kontroli przeprowadzonej przez NFZ.

P.o. Zastępcy Dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej NFZ wyjaśnił, że parametr dotyczący wyników ostatniej kontroli daje możliwość oceny dotychczasowej współpracy ze świadczeniodawcą w procesie oceny ofert. Wprowadzenie tego kryterium było podyktowane możliwością wykorzystania wiedzy o kontrahencie, który nie wywiązuje się z obowiązków wynikających z umowy.

dowód akta kontroli [tom II str. 451-452]

Ogółem w 9 badanych postępowaniach wpłynęły 24 oferty, a umowy podpisano z 18 oferentami. W toku badanych ofert komisja konkursowa przeprowadziła wizytację u wszystkich oferentów, których oferty przyjęto po części jawnej w celu porównania danych zawartych w ofercie ze stanem faktycznym. W 10<sup>39</sup> przypadkach w trakcie prowadzonego postępowania ustalono rozbieżności między stanem faktycznym a deklarowanym stanem wyposażenia i kwalifikacji personelu. W ww. przypadkach deklarowania przez oferentów danych niezgodnych ze stanem faktycznym, MOW NFZ nie skierował zawiadomienia o podejrzeniu popełnienia wykroczenia z art. 193 pkt. 7 ustawy o świadczeniach.

<sup>37</sup> Postępowanie w AOS w zakresie dermatologii i wenerologii na obszarze powiatu Siedleckiego, Siedlce.

<sup>38</sup> Tj. brak wykazanych w ofercie aparatu USG w miejscu udzielania świadczeń oraz brak stacji mycia i dezynfekcji łóżek.

<sup>39</sup> W postępowaniu nr 07-14-000125/SzP/03/1/03.4900.008.03/03 świadczeniodawca zadeklarował w ankiecie ofertowej urządzenie do ogrzewania płynów infuzyjnych w obrębie Izby przyjęć czyli „w miejscu udzielania świadczeń”. W trakcie wizytacji ustalono, że urządzenia nie było na izbie przyjęć, w związku z czym w ankiecie wykazane powinno być „w lokalizacji”. W postępowaniu 07-14-000622/SzP/03/1/03.4060.030.02/01 jeden ze świadczeniodawców zadeklarował w ankiecie ofertowej dodatkowo punktowaną „stację mycia i dezynfekcji łóżek”. Wizytacja wykazała, że pomieszczenie nie odpowiadało kryterium dodatkowo ocenianemu. W postępowaniu 07-14-000683/SZP/03/1/03.4530.040.01./01: - pięciu świadczeniodawców zadeklarowało w ankiecie ofertowej dodatkowo punktowaną „stację mycia i dezynfekcji łóżek”. Wizytacje wykazały, że pomieszczenia nie odpowiadały dodatkowo punktowanemu kryterium. - dwóch świadczeniodawców zadeklarowało urządzenia, których nie posiadali w zgłoszonych lokalizacjach, co ustalono w trakcie przeprowadzonych lokalizacji, w postępowaniu 07-14-000657/SZP/03/5/05.0000.357/02/01 jeden ze świadczeniodawców w ankiecie ofertowej zadeklarował kontynuację realizacji umowy zawartej z NFZ w ramach danego obszaru, pomimo nie udzielania świadczeń w danym zakresie.

dowód akta kontroli [tom II str. 52-53, tom V str. 332-335, 345-346, 356-357, 368-369, 372-376, 385-386, 397-398, 416 -417, 424-425, 433-434]

Zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 11 października 2013 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw<sup>40</sup> Dyrektor Oddziału przedłużył obowiązywanie 2 926 umów w 9 rodzajach świadczeń na łączną kwotę 4 569 317,3 tys. zł na okres nie dłuższy niż do 31 grudnia 2014 r. Zgodnie art. 4 ust. 2 ww. ustawy MOW NFZ wystosował wnioski o przedłużenie umowy na 2014 r. do wszystkich świadczeniodawców udzielających świadczeń na dzień 21 listopada 2013 r., których okres obowiązywania upływał z dniem 31 grudnia 2013 r., z wyjątkiem podmiotu, który 26 września 2013 r. poinformował o braku zainteresowania kontynuacją umowy w 2014 r.

Oddział przedłużył na podstawie art. 4 ust. 1 ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach również umowę<sup>41</sup>, która była w okresie wypowiedzenia<sup>42</sup> z powodu nierzetelnego jej wykonania przez świadczeniodawcę.

Oddział przedłużył dwie umowy<sup>43</sup> dotyczące świadczeń w zakresie okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia i okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B12, B13, B14, B15. W obydwu przypadkach Dyrektor otrzymał zgodę Prezesa NFZ na przedłużenie okresu obowiązywania umów na okres 6 miesięcy<sup>44</sup>.

dowód akta kontroli [tom II str. 85-86, 115, tom V str. 4-23, 38, 43-44, 67, 86, 87]

Ustalone  
nieprawidłowości

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

1. Stwierdzono, że w dniu 20 września 2013 r. MOW NFZ rozwiązał z trzymiesięcznym okresem wypowiedzenia umowę<sup>45</sup> z jednym ze świadczeniodawców, której przedmiotem było udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju LSz w zakresie okulistyka hospitalizacja planowa B12, B13, B14, B15. Powodem rozwiązania umowy było nierzetelne jej wykonywanie przez świadczeniodawcę polegające na stosowaniu przez niego systematycznie i na dużą skalę - w ramach leczenia zaćmy i jaskry - innego typu soczewki, niż wynikało to z warunków realizacji tych świadczeń określonych przez płatnika<sup>46</sup>. Z tego tytułu świadczeniodawca w 2013 r. pobierał dodatkowe opłaty od pacjentów. Fakt ten stwierdzono w trakcie kontroli doraźnej przeprowadzonej przez MOW NFZ w I półroczu 2013 r. i potwierdzono w informacjach uzyskanych od pacjentów w trybie art. 192a

<sup>40</sup> Dz. U. z 2013 r., poz. 1290, zwana dalej *ustawą o zmianie ustawy o świadczeniach*.

<sup>41</sup> Umowa numer - 07R-1-00747-03-01-2012-2016/13 (07R-06-00216-13-06/06).

<sup>42</sup> Na dzień 21 listopada 2013 r.

<sup>43</sup> W wyniku rozstrzygnięcia postępowania nr 0363/Szp MOW NFZ 19 grudnia 2013 r. zakontraktował dodatkowe zakresy na udzielanie świadczeń w zakresie okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia i okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B12, B13, B15 u dwóch świadczeniodawców: umowy nr: 07-06-03339-13-08/06 (4-40851-03-01-2012-2016/13); 07R-2-20039-03-01-2011-2013/13 (07-00-01470-143-20/06). Aneksem nr 4-40851-03-01-2012-2016/13 do umowy nr 07-0603339-13-08/06 (4-40851-03-01-2012-2016/13) podpisanym 2 stycznia 2014 r. przedłużono okres obowiązywania umowy na udzielanie świadczeń z jednym z ww. świadczeniodawców, aneks nr 2 -20039-03-01-2011-2014/13 do umowy nr 07R-2-20039-03-01-2011-2013/13 (07-00-01470-13-20/06) z drugim. Kwoty zobowiązania MOW NFZ wobec świadczeniodawców z tytułu ww. przedłużeń zostały określone aneksami odpowiednio: 28 stycznia 2014 r. nr 07-06-03339-14-05/06 (07R-4-40851-03-01-2012-2016/14) wartość łączna (obydwa skojarzone zakresy) 200,0 tys. zł, 13 lutego 2014 r. nr 2-20039-03-01-2011-2014/14/A1, wartość łączna (obydwa skojarzone zakresy) 139,9 tys. zł.

<sup>44</sup> Zgoda Prezesa NFZ z 31 grudnia 2013 r. pismo nr NFZ/CF/GPF/2013/077/0167/W/36042/GMO.

<sup>45</sup> Umowa numer - 07R-1-00747-03-01-2012-2016/13 (07R-06-00216-13-06/06) o wartości 10 993,1 tys. zł. (umowa miała wygasnąć w dniu 20 grudnia 2013 r.)

<sup>46</sup> W załączniku nr 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2009 r., Nr 140, poz. 1143 ze zm. - obowiązujące od 27.12.2013 r.).

ustawy o świadczeniach. Rozwiązanie umowy było więc rodzajem sankcji za niedotrzymanie przez świadczeniodawcę jej warunków. Pomimo to w dniu 21 listopada 2013 r. Oddział przedłużył na podstawie art. 4 ust. 1 ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach umowę z tym świadczeniodawcą, co NIK ocenia negatywnie.

dowód akta kontroli [tom V str. 184-187, 199]

Były Dyrektor MOW NFZ wyjaśnił, że podstawą skierowania do świadczeniodawcy wniosku o przedłużenie umowy była wykładnia dokonana przez Ministra Zdrowia w piśmie do świadczeniodawcy i do wiadomości MOW NFZ – że należy wniosek ten do Spółki wystosować. Dodatkowo tożsame stanowisko w tej sprawie zajął w dniu 20 grudnia 2013 r. p.o. Prezesa NFZ (przełożony Dyrektora MOW NFZ). W powoływanych wyjaśnieniach, wskazano również na fakt, iż Minister Zdrowia sprawuje bezpośredni nadzór nad działalnością NFZ.

dowód akta kontroli [tom II str. 413 – 416]

Udzielając wyjaśnień w powyższej kwestii Minister Zdrowia stwierdził, że wyrażona przez niego opinia w zakresie wysyłania wniosku do świadczeniodawcy w sprawie przedłużenia umowy nie była wiążąca dla MOW NFZ, który – w ocenie Ministra – w zakresie realizacji wykonywanych przez niego zadań powinien sam dokonywać wykładni prawa. Jednocześnie Minister Zdrowia dodał, że w celu wyeliminowania takich sytuacji dokonano w 2014 r. zmian w ustawie o świadczeniach, które uniemożliwiają obecnie przedłużenie umowy ze świadczeniodawcą, który jest w okresie wypowiedzenia na dzień nadania wniosku.

dowód akta kontroli [tom II str. 411-413]

2. W jednym przypadku Dyrektor nie zrealizował obowiązku przesłania ogłoszenia do właściwych miejscowo okręgowych izb zrzeszających osoby wykonujące zawody medyczne (ogłoszenie postępowania w rodzaju LSz w zakresie „Izba przyjęć”), co stanowiło naruszenie przepisu § 1 ust. 1 rozporządzenia w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań. Ponadto obowiązek taki przewidywał pkt. 1.6.1. Procedury konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>47</sup>.

dowód akta kontroli [tom II str. 42-44, tom V 332-333, 474-475]

P.o. Naczelnika Wydziału Organizacyjnego wyjaśniła, że powodem nieprzesłania kopii ogłoszenia do izb zrzeszających zawody medyczne był błąd pracownika.

dowód akta kontroli [tom II str. 418]

1. NIK zwraca uwagę, że Oddział przedłużając dwie umowy<sup>48</sup> dotyczące świadczeń w zakresie okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia i okulistyka –

Uwagi dotyczące  
badanej działalności

<sup>47</sup> Procedura została wprowadzona pismem nr NFZ/CF/DSOZ/2014/075/0068/W/01935/KI.

<sup>48</sup> W wyniku rozstrzygnięcia postępowania nr 0363/Szp MOW NFZ 19 grudnia 2013 r. zakontraktował dodatkowe zakresy na udzielanie świadczeń w zakresie okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia i okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B12, B13, B15 u dwóch świadczeniodawców: umowy nr: 07-06-03339-13-08/06 (4-40851-03-01-2012-2016/13); 07R-2-20039-03-01-2011-2013/13 (07-00-01470-143-20/06). Aneks nr 4-40851-03-01-2012-2016/13 do umowy nr 07-0603339-13-08/06 (4-40851-03-01-2012-2016/13) podpisanym 2 stycznia 2014 r. przedłużono okres obowiązywania umowy na udzielanie świadczeń z jednym z ww. świadczeniodawców, aneks nr 2-20039-03-01-2011-2014/13 do umowy nr 07R-2-20039-03-01-2011-2013/13 (07-00-01470-13-20/06) z drugim. Kwoty zobowiązania MOW NFZ wobec świadczeniodawców z tytułu ww. przedłużeń zostały określone aneksami odpowiednio: 28 stycznia 2014 r. nr 07-06-03339-14-05/06 (07R-4-40851-03-01-2012-2016/14) wartość łączna (obydwa skojarzone zakresy) 200,0 tys. zł, 13 lutego 2014 r. nr 2-20039-03-01-2011-2014/14/A1, wartość łączna (obydwa skojarzone zakresy) 139,9 tys. zł.

zespół chirurgii jednego dnia B12, B13, B14, B15 powołał nieprawidłową podstawę prawną, tj. art. 4 ust. 1 ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach, podczas gdy jako prawidłowa podstawa prawna przedłużenia powinien być wskazany art. 156 tej ustawy.

[dowód akta kontroli [tom II str. 85-86, 115, tom V str. 4-23, 38, 43-44, 67,86, 87]  
P.o. Naczelnika Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej wyjaśniła, że przyczyną wskazania złej podstawy prawnej przedłużenia umowy w ww. przypadkach było pomyłkowo zastosowanie niewłaściwego wzoru stosowanych aneksów.

[dowód akta kontroli [tom V str. 100-102]

2. W ocenie NIK brak zasad podziału ilości świadczeń pomiędzy oferentami w postępowaniach konkursowych, w przypadku gdy łączna wartość złożonych ofert przewyższa planowane środki, rodzi ryzyko dowolności i braku równego traktowania wszystkich podmiotów w postępowaniach konkursowych oraz ogranicza przejrzystość decyzji komisji konkursowej.

P.o. Naczelnika Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej wyjaśniła, że każdorazowo decyzja dotycząca wyboru oferty należy do komisji konkursowej, która w ramach kwot zamówienia starała się zabezpieczyć dostępność do danego zakresu świadczeń. Odmienny sposób postępowania przy kontraktowaniu wynikał m.in. z odmiennej specyfiki świadczeń udzielanych w poszczególnych zakresach. Obowiązujące regulacje dotyczące zawierania umów nie określają zasad podziału zaplanowanych środków finansowych pomiędzy oferentami.

dowód akta kontroli [tom II str. 447]

Zastępca Dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia, wyjaśnił że NFZ zgodnie z art. 142 ustawy o świadczeniach może wybrać tylko jedną ofertę, która uzyskała największą liczbę punktów, jak i negocjować liczbę punktów z kilkoma oferentami, które zapewniają ciągłość, kompleksowość i dostępność udzielanych świadczeń oraz przedstawiają najkorzystniejszy bilans ceny w odniesieniu do przedmiotu zamówienia.

dowód akta kontroli [tom V str. 471-473]

3. NIK ustaliła, że obowiązująca w trakcie prowadzonych postępowań na udzielanie świadczeń procedura dopuszczała niejednolity sposób traktowania świadczeniodawców, u których w trakcie przeprowadzonych kontroli stwierdzono nieprawidłowości w realizacji umów. Obniżenie punktacji rankingowej oferty w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości uzależniono od podmiotu, który tych ustaleń dokonał<sup>49</sup>. Tak sformułowany przepis spowodował, że nieprawidłowości stwierdzone przez kontrole przeprowadzane przez inne podmioty nie powodują obniżenia oceny oferty<sup>50</sup> nawet w przypadku gdy o kontroli Oddział był informowany.

W trakcie prowadzonego w 2014 r. postępowania w trybie konkursu w rodzaju LSz - oddziały szpitalne w zakresie geriatry – hospitalizacja, nie obniżono punktacji oferty świadczeniodawcy, u którego Minister Zdrowia stwierdził w realizacji umowy nieprawidłowości, których skutkiem było rozwiązanie umowy i wszczęcie ww. postępowania w trybie konkursu.

dowód akta kontroli [tom V str. 290-305, 309]

<sup>49</sup> Zgodnie z § 1 pkt. 1 lit. e) zarządzenia nr 3/2014/DSOZ Prezesa NFZ z 23 stycznia 2014 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oceny ofert w postępowaniu dokonuje, się m.in. z uwzględnieniem wyników ostatniej kontroli przeprowadzonej tylko przez NFZ.

<sup>50</sup> Co miało miejsce w przypadku kontroli umowy nr 07R-1-00246-03-01-2011-2013/13 (07-00-01200-13-15/06) przeprowadzonej przez Ministra Zdrowia.

### 3. Wykonanie planu zakupu świadczeń, w tym w zakresie poprawy dostępu do nich, w ramach środków przewidzianych w planie finansowym w 2014 r.

#### 3.1. Realizacja planu zakupu świadczeń

Opis stanu faktycznego

We wszystkich powiatach województwa mazowieckiego w 2013 i 2014 r. zapewniono dostęp do świadczeń lekarza POZ i do świadczeń pielęgniarki POZ.

dowód akta kontroli [tom I str. 208]

W 2014 r. MOW NFZ nie zakontraktował we wszystkich powiatach woj. mazowieckiego świadczeń w następujących rodzajach i zakresach:

- 1) profilaktyczne programy zdrowotne finansowane ze środków Funduszu:
  - program profilaktyki raka piersi; etap podstawowy w 13 powiatach,
- 2) lecznictwo stomatologiczne:
  - świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia w 6 powiatach,
  - świadczenia ortodoncji dla dzieci i młodzieży w 11 powiatach,
  - świadczenia protetyki stomatologicznej w 17 powiatach,
  - świadczenia stomatologicznej pomocy doraźnej w 33 powiatach,
- 3) AOS:
  - poradnie endokrynologiczne w 8 powiatach,
  - rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym w 4 powiatach
  - rehabilitacja pulmonologiczna w 36 powiatach,
  - rehabilitacja narządu wzroku w 36 powiatach.

dowód akta kontroli [tom I str. 196-206]

Dyrektor poinformował, że niezapewnienie dostępu do ww. świadczeń w 2014 r. spowodowane było:

- brakiem oferentów w zakresie programu profilaktyki raka piersi, w tym przypadku MOW NFZ zapewnił dostęp do świadczeniodawców mobilnych;
- brak podmiotów posiadających potencjał właściwy do zakontraktowania świadczeń (lecznictwo stomatologiczne, poradnia endokrynologiczna, rehabilitacja ogólnoustrojowa), w tym przypadku obszarem kontraktowania były grupy powiatów.

W przypadku ww. rehabilitacji dostępność dla świadczeniobiorców z woj. mazowieckiego zapewniają wszystkie podmioty, które spełniały warunki i wyraziły gotowość (rehabilitacja pulmonologiczna – 2 podmioty i rehabilitacja narządu wzroku – 2 podmioty).

dowód akta kontroli [tom I str. 224-235]

Na 38 powiatów woj. mazowieckiego w 2014 r. Oddział zakontraktował mniej świadczeń<sup>51</sup>, niż w 2013 r. i tak w zakresie:

- 1) profilaktyczne programy zdrowotne finansowane ze środków Funduszu:
  - program profilaktyki raka szyjki macicy, etap podstawowy – ilość świadczeń zmniejszono w 37 powiatach,
  - program profilaktyki raka piersi; etap podstawowy w 11 powiatach,
- 2) lecznictwo stomatologiczne:
  - świadczenia ogólnostomatologiczne w 36 powiatach,
  - świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia w 15 powiatach,
  - świadczenia ortodoncji dla dzieci i młodzieży w 10 powiatach,
  - świadczenia protetyki stomatologicznej w 9 powiatach.
- 3) AOS:
  - poradnie endokrynologiczne w 7 powiatach,

<sup>51</sup> Ilość świadczeń liczona wg wskaźnika: ilość jednostek rozliczeniowych na 10 tys. mieszkańców.

- rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym w 30 powiatach,
- rehabilitacja pulmonologiczna w 1 powiecie.

dowód akta kontroli [tom I str. 195-206]

Na terenie woj. mazowieckiego wystąpiły obszary, na których nie zakontraktowano wszystkich świadczeń zdrowotnych ustalonych w planach zakupu świadczeń na 2014 r. W rodzaju:

- 1) leczenie stomatologiczne:
  - świadczenia ogólnostomatologiczne – w 3 gminach,
  - świadczenia stomatologicznej pomocy doraźnej (ryczałt 12 godzin) – w 5 powiatach,
- 2) świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie:
  - domowa antybiotykoterapia dożylna – na obszarze całego województwa,
  - kompleksowe leczenie wrodzonej sztywności wielostawowej – na obszarze całego województwa,
- 4) profilaktyczne programy zdrowotne:
  - program profilaktyki raka piersi – etap podstawowy – w 2 powiatach,
- 5) AOS
  - badanie endoskopowe przewodu pokarmowego (gastroskopia) – w 7 powiatach,
  - badanie endoskopowe przewodu pokarmowego (kolonoskopia) – w 7 powiatach.
  - świadczenia w zakresie onkologii – 3 powiatach.

Przyczyną niezapewnienia dostępu do świadczeń było unieważnienie postępowań na wyłonienie świadczeniodawcy z powodu braku oferentów. W ww. zakresach Oddział wszczął postępowania uzupełniające.

dowód akta kontroli [tom I str. 227-229, 234,236]

Analiza pięciu wybranych typów poradni w rodzaju AOS i LSz o najdłuższym czasie oczekiwania (mediana czasu oczekiwania) oraz o największej liczbie osób oczekujących w poszczególnych zakresach świadczeń wg stanu na koniec 2013 i 2014 r. oraz ilości zakontraktowanych jednostek rozliczeniowych i ich kosztów wykazała, że: w przypadku poradni kardiologicznych<sup>52</sup>, endokrynologicznych<sup>53</sup>, endokrynologicznych dla dzieci<sup>54</sup> pomimo zwiększenia w 2014 r. ilości jednostek rozliczeniowych i kosztów w stosunku do 2013 r. czas oczekiwania oraz liczba osób oczekujących wzrosła w 2014 r.

dowód akta kontroli [tom I str. 210,212-221, Tom III str. 38]

P.o. Naczelnika Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej wyjaśniła, że nie jest możliwe wskazanie jednoznacznej przyczyny zwiększenia w 2014 r. kolejek oczekujących do wskazanych poradni, pomimo zwiększenia kontraktów w stosunku

<sup>52</sup> Poradnie kardiologiczne w 2013 r. – przypadki pilne 119 osób, stabilne 16 726 osób, pilne 0 dni, stabilne 101 dni, w 2014 r. - przypadki pilne 195 osób, stabilne 22 438 osób, pilne 0 dni, stabilne 114,5 dni. Oddział zakontraktował na 2014 r. na poradnie kardiologiczne o 196 737 jednostek rozliczeniowych więcej niż wynosiło wykonanie w roku 2013, a zaplanowane wydatki na 2014 r. były większe o 2 019,57 tys. zł od wykonanych w 2013 r.

<sup>53</sup> Poradnie endokrynologiczne w 2013 r. - przypadki pilne 75 osób, stabilne 11 412 osób, pilne 0 dni, stabilne 84 dni, w 2014 r. - przypadki pilne 246 osób, stabilne 17 259 osób, pilne 0 dni, stabilne 150 dni. Oddział zakontraktował na 2014 r. na poradnie endokrynologiczne o 10 922 jednostki rozliczeniowe więcej niż wynosiło wykonanie w roku 2013, a zaplanowane wydatki na 2014 r. były większe o 85,84 tys. zł od wykonanych w 2013 r.

<sup>54</sup> Poradnie endokrynologiczne dla dzieci w 2013 r. - przypadki pilne 6 osób, stabilne 1 064 osób, pilne 0 dni, stabilne 123 dni, w 2014 r. - przypadki pilne 2 osoby, stabilne 1 163 osoby, pilne 7 dni, stabilne 183,5 dnia. Oddział zakontraktował na 2014 r. na poradnie endokrynologiczne dla dzieci o 2 923,5 jednostki rozliczeniowe mniej niż wynosiło wykonanie w roku 2013, natomiast zaplanowane wydatki na 2014 r. były większe o 69,04 tys. zł od wykonanych w 2013 r.

do 2013 r. Analiza realizacji umów wskazuje, że świadczeniodawcy udzielili większej liczby świadczeń pacjentom spoza województwa niż w 2013 r. Przyczyną mógł być nieprawidłowy sposób prowadzenia kolejek przez świadczeniodawców.

dowód akta kontroli [tom I str. 240-242]

W przypadku poradni i oddziałów otolaryngologicznych<sup>55</sup> i reumatologicznych<sup>56</sup> dla dzieci MOW NFZ zaplanował na 2014 r. mniej środków niż rozliczono ich w 2013 r., pomimo, że zakresy te należały do zakresów o najdłuższym czasie oczekiwania i największej liczbie oczekujących.

dowód akta kontroli [tom I str. 210]

P.o. Naczelnika Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej wyjaśniła, że kolejki oczekujących były jednym z wielu kryteriów branych pod uwagę przy ustalaniu planu zakupu świadczeń. W konsekwencji ograniczonych możliwości finansowych Oddział zaplanował pierwotne plany na nieco niższym poziomie. Jednakże ostatecznie świadczenia dla dzieci wykonane w 2014 r. zostały rozliczone w całości do poziomu wykonania (jako zakresy priorytetowe).

dowód akta kontroli [tom I str. 240-242]

W 2014 r. dane o liczbie oczekujących i czasie oczekiwania na udzielenie świadczeń przykazywało do MOW NFZ od 97,2% (w czerwcu) do 99,5% (w listopadzie) świadczeniodawców. Informacje te nie miały wpływu na zmiany planu zakupów w trakcie roku.

dowód akta kontroli [tom I str.211,222-223]

W 2014 r. miało miejsce rozwiązanie 10 umów na udzielanie świadczeń, na skutek wypowiedzenia ze strony świadczeniodawcy z powodu rezygnacji lekarzy uprawnionych do realizacji świadczeń, zamknięcia działalności leczniczej, w tym w jednym przypadku umowa wygasła z powodu zgonu świadczeniodawcy. Dokonano również zmiany zakresu 37 umów, poprzez częściowe ich rozwiązanie w jednym lub kilku zakresach. W 22 przypadkach na wniosek świadczeniodawcy (np. z powodu braku personelu medycznego, zamknięcia oddziału, z powodu niewykonywania świadczeń, awarii sprzętu, utraty uprawnień koniecznych do wykonywania świadczeń, zmiany organizacji pracy placówki, braku rentowności udzielania świadczeń), a w 15 z inicjatywy MOW NFZ (np. z powodu braku wymaganej kadry medycznej lub utraty uprawnień do udzielania świadczeń, zmiany warunków realizacji świadczeń, zakończenia działalności SOR, braku realizacji umowy zgodnie z jej postanowieniami stwierdzony w wyniku postępowania kontrolnego przeprowadzonego przez MOW NFZ).

dowód akta kontroli [tom I str.243-256]

## **Chemioterapia**

Na rok 2013 i 2014 MOW NFZ zawarł 25 umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju LSz – chemioterapia. Wartość wykonanych umów wyniosła w 2013 r. 197 996,43 tys. zł (74,82% planu), a w 2014 r. 209 312,58 tys. zł (92,66% planu). W stosunku do planu na 2014 r. nie wykorzystano kwoty 16 591,42 tys. zł.

<sup>55</sup> Oddziały otolaryngologiczne w 2013 r. - przypadki pilne 372 osoby, stabilne 20 094 osób, pilne 4 dni, stabilne 105,5 dnia, w 2014 r. - przypadki pilne 558 osób, stabilne 21 318 osób, pilne 8 dni, stabilne 118 dni. Oddział zakontraktował na 2014 r. na oddziały otolaryngologiczne o 60 534,32 jednostek rozliczeniowych mniej niż wynosiło wykonanie w roku 2013, a zaplanowane wydatki na 2014 r. były mniejsze o 4 894, 56 tys. zł od wykonanych w 2013 r.

<sup>56</sup> Oddziały reumatologiczne dla dzieci w 2013 r. - przypadki pilne 74 osoby, stabilne 152 osoby, pilne 38 dni, stabilne 377 dni, w 2014 r. - przypadki pilne 252 osoby, stabilne 0 osób, pilne 64 dni, stabilne 463 dni. Oddział zakontraktował na 2014 r. na oddziały reumatologiczne o 11 494,41 jednostek rozliczeniowych mniej niż wynosiło wykonanie w roku 2013, a zaplanowane wydatki na 2014 r. były mniejsze o 467,24 tys. zł od wykonanych w 2013 r.

Liczba i wartość niewykonanych kontraktów w zakresie chemioterapii wynosiła:

- w 2013 r. - 3 145,6218 punktów rozliczeniowych na 4,19 tys. zł,
- w 2014 r. - 34 766,7642 punktów rozliczeniowych na 157,78 tys. zł.

W 2013 i 2014 r. nie odnotowano nadwykonań w zakresie chemioterapii.

dowód akta kontroli [tom I str. 261-266]

W ocenie MOW NFZ przyczyną niewykorzystania środków na chemioterapię były ograniczenia wynikające z art. 74 ust. 3 ustawy o refundacji leków, które uniemożliwiają dokonywanie przesunięć środków w planie na 2014 r. przeznaczonych na świadczenia określone w art. 15 ust. 2 pkt 14-18 ustawy o świadczeniach (w tym na leki stosowane w chemioterapii).

dowód akta kontroli [tom I str. 262-266]

W ocenie Dyrektora MOW NFZ przyczyną niewykonania planu finansowego wydatków na 2014 r. na świadczenia zdrowotne w zakresie chemioterapii w wysokości 16 591,4 tys. zł były także brak w grudniu 2014 r. pełnej informacji o całkowitych kosztach jakie Oddział poniesie z tytułu całkowitego rozliczenia umów za 2014 r., niepełne wykonanie umów przez świadczeniodawców w wysokości 157,8 tys. zł, w tym leki stosowane w chemioterapii – 32,3 tys. zł, obniżki cen leków stosowanych w chemioterapii.

W odpowiedzi na pytania w jaki sposób należałoby rozdysonować środki przeznaczone na leczenie nowotworów, żeby poprawić wyleczalność tej choroby, mając na względzie fakt niewykorzystania środków na chemioterapię, Dyrektor MOW NFZ stwierdził, że w jego opinii środki te winny być przeznaczone na finansowanie szybkiej diagnostyki i leczenia onkologicznego z jednoczesnym uwzględnieniem prewencji i profilaktyki nowotworowej.

dowód akta kontroli [tom I str. 272-283]

Analiza sprawozdań KDROLO na dzień 31 grudnia 2014 r. dotycząca czasu i liczby oczekujących na udzielenie świadczenia w oddziałach onkologicznych i onkologii klinicznej/chemioterapii wykazała, że średni czas oczekiwania nie był wyższy niż 10 dni w przypadkach stabilnych oraz 4 dni w przypadku pilnych. W przypadku oddziałów onkologicznych dla dzieci średni czas oczekiwania w przypadkach stabilnych wynosił 20 dni.

dowód akta kontroli [tom III str. 38]

### **3.2. Kontrola realizacji umów**

MOW NFZ nie zapłacił za świadczenia, które zostały wykonane w 2014 r. *w zakresach nielimitowanych o łącznej wartości 234,1 tys. zł<sup>57</sup>, w tym 143,3 tys. zł za świadczenia wykonane ponad kwotę zobowiązania Funduszu<sup>58</sup> i 90,8 tys. zł za wykonane świadczenia mieszczące się w kwocie zobowiązania Funduszu określonego w umowach.*

dowód akta kontroli [tom I str. 301, 313-321, 466, tom III 315-323]

Naczelnik Wydziału Ekonomiczno-Finansowego wyjaśnił, że przyczyną niezapłacenia za te świadczenia było dokonanie przez świadczeniodawców zmian w sprawozdawczości już po podpisaniu protokołów uzgodnień uwzględniających pełne finansowanie kosztów wykonanych świadczeń w zakresach nielimitowanych według stanu na dzień podpisania (z klauzulą o rzeczeniu się roszczeń we wskazanych punktach umowy,) stanowiących podstawę do zawarcia aneksów rozliczających umowy w roku 2014.

dowód akta kontroli [tom I str. 303]

<sup>57</sup> Wg stanu na dzień 15 czerwca 2015 r.

<sup>58</sup> W tym w zakresie położnictwo i ginekologia świadczenia na łączną kwotę 18 460 zł wykonane przez 4 świadczeniodawców.

Spośród 12 świadczeniodawców<sup>59</sup>, którym Oddział nie zapłacił za świadczenia wykonane powyżej kwoty zobowiązania MOW NFZ w zakresach nielimitowanych, siedmiu przekazało w sprawozdaniach informacje o wykonaniu tych świadczeń przed upływem 45 dnia po upływie okresu rozliczeniowego, zgodnie z § 27 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>60</sup>.

dowód akta kontroli [tom I str. 311]

Ponadto MOW NFZ nie zapłacił za świadczenia nielimitowane o łącznej wartości 90,8 tys. zł z powodu nie wystawienia rachunków za świadczenia, których wartość mieści się w kwocie zobowiązania Oddziału.

dowód akta kontroli [tom I str. 313-321]

W przypadku czterech umów w zakresach nielimitowanych położnictwo i ginekologia wystąpiły różnice pomiędzy wartością świadczeń wykonanych, a zapłaconych o łącznej kwocie 18,5 tys. zł.

dowód akta kontroli [tom I str. 301-305]

Świadczeniodawcy, którzy nie uzyskali zapłaty za świadczenia opieki zdrowotnej wykonane w zakresach nielimitowanych ponad kwotę zobowiązania nie skierowali sprawy na drogę sądową.

dowód akta kontroli [tom III str. 301-302]

W 2014 r. MOW NZF monitorował realizację zawartych umów i dokonywał zmiany ich wartości w odniesieniu do poszczególnych świadczeniodawców. Renegocjacje umów były przeprowadzane z inicjatywy Oddziału (1 872 umowy objęte procesem zmian) i z inicjatywy świadczeniodawców (138 umów objętych procesem zmian).

W wyniku prowadzonych analiz poziomu wykonania umów rozwiązano 5 umów (2 w całości, 3 – w części dotyczącej poszczególnych zakresów świadczeń), w których stwierdzono zerowe, bądź bardzo niskie wykonanie.

dowód akta kontroli [tom I str. 327-334, tom IV str. 313-320]

W wyniku przeprowadzanych renegocjacji w czterech kwartałach 2014 r. nastąpił wzrost wartości umów<sup>61</sup> w następujących rodzajach świadczeń, w tym łącznie w AOS – ze 777 256,2 tys. zł w I kwartale do 783 270,8 tys. zł w IV kwartale (0,8%), LSz – odpowiednio z 4 589 395,4 tys. zł do 5 113 905,7 tys. zł (11,4 %) (w tym chemioterapia z 75 366,4 tys. zł do 245 214,6 tys. zł (225%), opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – z 371 566,6 tys. zł do 375 426,4 tys. zł (1%), rehabilitacja lecznicza – ze 204 541,4 tys. zł do 406 081,9 tys. zł (98,5%), świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej – z 133 967,7 tys. zł do 152 706,3 tys. zł (14%), opieka paliatywna i hospicyjna – z 25 084,5 tys. zł do 40 637,3 tys. zł (62%), leczenie stomatologiczne – z 99 671,4 tys. zł do 193 987,2 tys. zł (94,6%), koszty profilaktycznych programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej, finansowanych ze środków Funduszu – z 16 695,4 tys. zł do 20 838,8 tys. zł (24,8%), świadczenia kontraktowane odrębnie – z 285 220,5 tys. zł do 296 226,7 tys. zł (3,8%).

dowód akta kontroli [tom I str. 322-226]

<sup>59</sup> W tym trzech świadczeniodawców, którzy wykonali takie świadczenia w zakresie program profilaktyki raka szyjki macicy i program profilaktyki raka piersi, którzy sprawozdają świadczenia w systemie SIMP, w którym nie można sprawdzić daty wprowadzenia świadczenia.

<sup>60</sup> Dz. U. Nr 81, poz. 484.

<sup>61</sup> Liczba umów objętych procesem zmian wyniosła w 2014 r. 2 010, w tym: AOS 999, LSz 217, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień 199, rehabilitacja lecznicza - 116, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze - 4, opieka paliatywna i hospicyjna - 1, leczenie stomatologiczne - 374, profilaktyczne programy zdrowotne 60, świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie 40.

Weryfikacja comiesięcznych danych sprawozdawczych przekazywanych przez świadczeniodawców w raportach statystycznych odbywała się poprzez walidację realizowaną automatycznie bez udziału pracowników i weryfikację – po przekazaniu raportów do Systemu Informatycznego MOW NFZ.

Podczas oględzin systemu informatycznego MOW NFZ pod kątem działania procedury automatycznej weryfikacji danych podawanych przez świadczeniodawców przeprowadzonych w dniu 21 maja 2015 r., na przykładzie dokumentów rozliczeniowych trzech świadczeniodawców z AOS o największej wartości umów na udzielanie świadczeń, stwierdzono, że podlegały one walidacji i weryfikacji. W przypadku zmian dokonywanych w umowie następowała ponowna weryfikacja na podstawie procesu typującego (również automatycznego).

dowód akta kontroli [tom I str. 331-332, 337-372]

### 3.3. Realizacja planu finansowego

Opis stanu  
faktycznego

Plan finansowy Oddziału na 2014 r. przyjęty w dniu 26 sierpnia 2013 r.<sup>62</sup> (plan pierwotny) w pozycji koszty świadczeń opieki zdrowotnej wynosił 8 788 251 tys. zł (co stanowiło 98,6% kosztów poniesionych w 2013 r.), koszty administracyjne 67 672 tys. zł (105,9% w 2013 r.), pozostałe koszty 33 913 tys. zł (905,8% w 2013 r.) oraz koszty finansowe 12 260 tys. zł (141,9% w 2013 r.).

Znaczący wzrost kosztów w planie 2014 r. w pozycji pozostałe koszty w stosunku do kosztów poniesionych w 2013 r. wynika z wysokości rezerwy na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych.

dowód: akta kontroli [tom IV, str. 38-40, 217-219, 330]

Plan finansowy Oddziału na 2014 r. był 30-krotnie zmieniany, z tego 10 razy jeszcze w ciągu 2013 r. Siedem zmian polegało na zwiększeniu per saldo środków finansowych<sup>63</sup> dwie na zmniejszeniu<sup>64</sup>, natomiast pozostałe zmiany były związane z przesunięciem środków finansowych w zakresie kosztów poszczególnych rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej<sup>65</sup>.

Prezes NFZ dokonał zwiększenia środków w planie finansowym na 2014 r. łącznie na kwotę 425 648 tys. zł, w tym:

- 398 687 tys. zł na koszty świadczeń opieki zdrowotnej<sup>66</sup>,
- 9 185 tys. na dokonanie odpisu aktualizującego należności (na wniosek Oddziału),
- 16 464 tys. zł na zabezpieczenie odsetek od kwot roszczeń dochodzonych przez świadczeniodawców na drodze sądowej w związku z wykonanymi świadczeniami ponadlimitowymi w 2013 r.<sup>67</sup> (na wniosek Oddziału),

<sup>62</sup> Pismem Prezesa NFZ nr NFZ/CF/DEF/2013/077/0239/W/23776/ER z dnia 26 sierpnia 2013 r.

<sup>63</sup> W tym pięć w zakresie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, cztery w zakresie kosztów administracyjnych oraz po jednej w zakresie pozostałych kosztów oraz kosztów finansowych.

<sup>64</sup> W tym po jednej w zakresie kosztów realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego oraz pozostałych kosztów.

<sup>65</sup> W tym uruchomienie rezerwy (w trybie art. 124 ust. 7 ustawy o świadczeniach) na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych.

<sup>66</sup> Zwiększenia dotyczył m.in.: 333 930 tys. zł na LSz, w tym 5 500 tys. zł na programy terapeutyczne i 1 500 tys. zł na chemioterapię, 33 667 tys. zł na ambulatoryjną opieką specjalistyczną, 10 045 tys. zł na świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane odrębnie, 10 000 tys. zł na koszty świadczeń opieki zdrowotnej z lat ubiegłych, 4 000 tys. zł na opiekę paliatywną i hospicyjną, 2 823 tys. zł na koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych funduszu, 2 200 tys. zł na opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień, po 1 000 tys. zł na re habilitację leczniczą i świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, 22 tys. zł na pomoc doraźną i transport sanitarny.

<sup>67</sup> Które w opinii Zespołu Radców Prawnych MOW NFZ z dużym prawdopodobieństwem zakończą się z wynikiem niekorzystnym dla Oddziału.

- 1 312 tys. zł na koszty administracyjne (amortyzacja, wynagrodzenia, usługi obce).

Ponadto w dwóch przypadkach Prezes NFZ dokonał zmniejszenia środków w planie finansowym na 2014 r. na łączną kwotę 5 222 tys. zł, w tym:

- 465 tys. zł na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego w związku z obniżeniem przez Ministra Finansów<sup>68</sup> wartości dotacji z budżetu państwa przekazywanej NFZ,
- 4 757 tys. zł obniżono rezerwę na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych.

W ramach kosztów przeznaczonych na świadczenia opieki zdrowotnej Dyrektor dokonał przesunięć środków zwiększając koszty, m.in. na: LSz (o 343 241,0 tys. zł)<sup>69</sup>, opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień (o 18 439 tys. zł) i rehabilitację leczniczą (o 9 346 tys. zł). Zwiększenie ww. pozycji było możliwe w wyniku zmniejszenia kosztów m.in.: rezerwy na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych (o 281 832 tys. zł), refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę (o 60 000 tys. zł), zaopatrzenia w wyroby medyczne oraz ich naprawa, o których mowa w ustawie o refundacji (o 15 500 tys. zł) i kosztów świadczeń opieki zdrowotnej z lat ubiegłych (o 15 092 tys. zł).

dowód: akta kontroli [tom IV, str. 144-146]

Przesunięć w planie finansowym dokonano na podstawie analizy wolnych środków w planie finansowym w poszczególnych rodzajach świadczeń, sprawozdań z realizacji planu finansowego na dany okres roku, analizy wartości świadczeń wykonanych powyżej kwoty zobowiązania określonej w umowie.

dowód: akta kontroli [tom IV, str. 150-151]

Ostateczny plan Oddziału (otrzymany z Centrali NFZ w dniu 8 stycznia 2015 r.<sup>70</sup>) w pozycji koszty świadczeń opieki zdrowotnej wynosił 9 186 938 tys. zł (co stanowiło 104,54% planu pierwotnego), koszty administracyjne - 68 984 tys. zł (101,94% planu pierwotnego), pozostałe koszty – 38 341 tys. zł (113,1% planu pierwotnego) oraz koszty finansowe – 28 724 tys. zł (234,29% w 2013 r.). Wzrost w pozycji koszty finansowe był wynikiem zabezpieczenia środków na odsetek od kwot roszczeń dochodzonych przez świadczeniodawców na drodze sądowej w związku z wykonanymi świadczeniami ponadlimitowymi w 2013 r.

dowód: akta kontroli [tom IV, str. 114, 142-146]

### 3.3.1. Przychody

Wysokość zrealizowanych w 2014 r. przez Oddział przychodów ogółem wyniosła 9 170 753,03 tys. zł. W porównaniu do 2013 r. były one niższe o 0,76%. Przychody z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne z ZUS i KRUS wyniosły łącznie 8 902 431,0 tys. zł (niższe o 0,84% niż w 2013 r.), dotacja z budżetu państwa na realizację zespołów ratownictwa medycznego - 228 795,0 tys. zł (niższe o 0,07% niż w 2013 r.), dotacje z budżetu państwa na zadania określone w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3, 3b ustawy o świadczeniach – 26 678,34 tys. zł (wyższy o 3,19% niż w 2013 r.), pozostałe przychody 9 057,41 tys. zł (wyższe o 61,28% niż w 2013 r.), przychody finansowe – 3 791,28 tys. zł (wyższe o 37,65% niż w 2013 r.).

dowód akta kontroli [tom IV, str. 160, 285-286, 304-305, 344-345]

Opis stanu  
faktycznego

<sup>68</sup> Pismo Ministra Finansów FSI-6160/4/II/CWO/2013/RWPD-97473 z dnia 27 września 2013 r.

<sup>69</sup> w tym m.in.: na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte programami lekowymi (o 43 851 tys. zł) i chemioterapię (o 39 720 tys. zł).

<sup>70</sup> Pismo nr DEF.311.3.2015 W.00340.ER

Środki finansowe na pokrycie bieżących zobowiązań Oddziału przekazywane były przez Centralę NFZ w 2014 r. we wnioskowanych wysokościach.

dowód akta kontroli [tom IV, str. 197]

Stan środków finansowych Oddziału na koniec 2013 r. i 2014 r. wynosił odpowiednio: 57 058,1 tys. zł i 407,14 tys. zł. Wysokość należności ogółem na koniec 2014 r. wyniosła 37 694,7 tys. zł (w tym od świadczeniodawców 36 777,93 tys. zł) i była niższa od stanu na koniec 2013 r. o 19 042,6 tys. zł (w tym od świadczeniodawców 18 863,57 tys. zł). Należności krótkoterminowe na koniec 2014 r. wyniosły 36 588,96 tys. zł i były niższe o 18 385,93 tys. zł niż na koniec 2013 r. W latach 2013-2014 MOW NFZ nie posiadał należności długoterminowych<sup>71</sup>.

dowód akta kontroli [tom IV, str. 161-162, 200-201, 229, 297]

W 2014 r. w wyniku przeprowadzonych łącznie 770 kontroli realizacji umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej i refundacji cen leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych Oddział zakwestionował kwotę 8 084,13 tys. zł, z tego w 2014 r. wyegzekwował 3 757,82 tys. zł (co stanowiło 46,48%). W efekcie prowadzonych kontroli, MOW NFZ nałożył kary umowne w kwocie 4 855,39 tys. zł, z której wyegzekwował 3 285,02 tys. zł (tj. 67,66%)<sup>72</sup>. Wartość wskaźnika windykacji należności w 2014 r. uległ zmniejszeniu w stosunku do 2013 r. o 40,71 punktów procentowych z tytułu zakwestionowanych świadczeń zdrowotnych oraz 11,19 punktów procentowych z tytułu kar umownych<sup>73</sup>.

Według stanu na 31 grudnia 2014 r. spośród łącznej kwoty należności powstałych w 2014 r. w wysokości 12 939,52 tys. zł, kwota 3 334 418,0 tys. zł podlegała windykacji (tj. 25,77%), w wyniku której MOW NFZ wyegzekwował kwotę 1 799,9 tys. zł (co stanowiło 54% wartości windykowanych należności). Pozostała kwota – 1 534,5 tys. zł dochodzona jest przez Oddział na drodze sądowej<sup>74</sup>.

dowód akta kontroli [tom IV, str. 346-349, 362, 378-384]

Z wyjaśnień Zastępcy Dyrektora ds. Finansowych wynika, że w 2014 r. nie wystąpiły przypadki umorzenia nałożonych kar, natomiast wystąpił jeden przypadek odroczenia płatności należności z tytułu kary umownej w wysokości 1,4 tys. zł, która zgodnie z zawartą ugodą została rozliczona w sześciu miesięcznych ratach.

dowód akta kontroli [tom IV, str. 390-391]

### 3.3.2. Koszty

Opis stanu  
faktycznego

Zgodnie ze sprawozdaniem FM-01, koszty Oddziału w 2014 r. ogółem wyniosły 9 395 464,59 tys. zł i stanowiły 98,36% planowanych kosztów. Koszty ogółem były o 175 778,07 tys. zł (tj. o 1,91%) wyższe niż w 2013 r. Koszty świadczeń zdrowotnych wyniosły 9 079 226,23 tys. zł (98,83% planu finansowego po zmianach) koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego - 228 795,00 tys. zł (100%), koszty administracyjne - 63 363,34 tys. zł (91,85%), pozostałe koszty - 13 823,58 tys. zł (36,05%) i koszty finansowe - 10 256,44 tys. zł (35,71%).

dowód akta kontroli [tom IV, str. 217-219, 285-287, 330]

<sup>71</sup> Na podstawie danych pochodzących ze sprawozdania FM-01.

<sup>72</sup> Na podstawie danych pochodzących ze sprawozdania nr 5 z przeprowadzonych kontroli realizacji umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej i refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz windykacji należności za IV kwartał 2013 r. i IV kwartał 2014 r. Według stanu na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych MOW NFZ.

<sup>73</sup> W 2013 r. w wyniku przeprowadzonych 729 kontroli, Oddział zakwestionował kwotę w wysokości 2 605,76 tys. zł z której wyegzekwował 2 272,00 tys. zł (tj. 87,19%) oraz nałożył kary umowne w kwocie 3 533,94 tys. zł z tego wyegzekwował 2 786,45 tys. zł (tj. 78,85%).

<sup>74</sup> Dane według stanu na dzień 11 czerwca 2015 r.

Niski poziom realizacji planu pozostałych kosztów wynika z nierozstrzygnięcia wszystkich spraw sądowych o zapłatę za świadczenia ponadlimitowe, które zostały ujęte w prognozie kosztów oraz z mniejszej niż prognozowano realizacji kosztów w pozycji odpisy aktualizujące należności. Niski wskaźnik kosztów finansowych związany jest z nierozstrzygniętymi ww. sprawami sądowymi.

dowód akta kontroli [tom IV, str. 151-152]

Oddział zanotował w 2014 r. stratę w wysokości 224 711,56 tys. zł, natomiast w 2013 r. - zysk w wysokości 21 724,19 tys. zł. Na powstałą stratę wpływ miały zwiększenie w 2014 r. względem roku 2013 kosztów świadczeń opieki zdrowotnej (o 164 778,05 tys. zł) przy jednoczesnym zmniejszeniu przychodu z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne z ZUS (o 70 730,9 tys. zł) i KRUS (o 5 078,1 tys. zł).

Zgodnie z art. 129 ust. 2 ustawy o świadczeniach o pokryciu straty netto decyduje Rada Funduszu, w drodze uchwały. Do zakończenia czynności kontrolnych, tj. do 26 czerwca 2015 r. Rada Funduszu nie podjęła uchwały w tej sprawie.

dowód akta kontroli [tom IV, str. 329,391]

Poniesione przez Oddział w 2014 r. koszty świadczeń zdrowotnych nie przekroczyły planu finansowego po zmianach. W poszczególnych rodzajach świadczeń koszty te wynosiły: od 7 588,07 tys. zł w pomocy doraźnej i transporcie sanitarnym do 4 607 941,06 tys. zł w LSz (w tym: programy terapeutyczne - 371 323,03 tys. zł i chemioterapia - 209 312,58 tys. zł)<sup>75</sup>.

Wskaźnik realizacji planu w poszczególnych rodzajach kosztów świadczeń zdrowotnych wahał się od 40,19% w pozycji „refundacja leków, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 17 ustawy o świadczeniach” do 99,99% w pozycji „zaopatrzenia w wyroby medyczne oraz ich naprawa, o których mowa w ustawie o refundacji”.

Największy procentowy wzrost kosztów w porównaniu do 2013 r., tj. o 16,5%, wystąpił w przypadku zaopatrzenia w wyroby medyczne oraz ich naprawa. Spadek kosztów w stosunku do 2013 r. zanotowano w leczeniu stomatologicznym o 5,09%. Realizacja całkowitego budżetu na refundację leków w 2014 r. wynosiła 1 457 904,67 tys. zł i stanowiła 94,86% planowanej wartości planu. Koszty świadczeń opieki zdrowotnej z lat ubiegłych stanowiły kwotę in minus 1 852,88 tys. zł.

dowód akta kontroli [tom IV, str. 307-312, 331]

W 2014 r. nie wykorzystano wszystkich zaplanowanych środków na świadczenia medyczne, koszty świadczeń były niższe od planowanych o 107 711,77 tys. zł (tj. o 1,17%), w tym m.in. w:

- 1) LSz o kwotę 57 499,94 tys. zł, w tym programy terapeutyczne (lekowe) – 38 792,00 tys. zł, chemioterapia – 16 591,42 tys. zł;
- 2) refundacji o kwotę 32 672,41 tys. zł, w tym refundacja leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę - 26 764,91 tys. zł, refundacje leków, o których mowa w art. 15 ust 2 pkt 17 ustawy o świadczeniach - 4 337,71 tys. zł, refundacja środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, o których mowa w art. 15 ust 2 pkt 18 ustawy o świadczeniach – 1 569,79 tys. zł;
- 3) opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień o kwotę 5 192,58 tys. zł,
- 4) leczenie stomatologiczne o 2 337,11 tys. zł,
- 5) AOS o 1 836,26 tys. zł.

<sup>75</sup> Pozostałe koszty świadczeń zdrowotnych w rodzajach wynosiły między innymi: 1 081 299,57 tys. zł w podstawowej opiece zdrowotnej; 1 038 879,59 tys. zł w refundacji; 759 949,74 tys. zł w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej; 395 944,18 tys. zł w rehabilitacji leczniczej; 351 734,42 tys. zł w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień.

dowód: akta kontroli [tom IV, str. 292, 330-331]

Z wyjaśnień Zastępcy Dyrektora ds. Finansowych wynika, że na niepełną realizację planu finansowego w zakresie LSz i refundacji wpływ miał przede wszystkim brak możliwości przesunięcia niewykorzystanych środków (na łączną kwotę 78 366,22 tys. zł) w związku z ustawą o refundacji leków. Zapisy art. 74 ust. 3 ww. ustawy regulują wysokość całkowitego budżetu na refundację w 2014 r., natomiast zapisy art. 74 ust. 1 uniemożliwiają dokonanie przesunięć niewykorzystanych środków na inne rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej za wyjątkiem leków w LSz: programy terapeutyczne (lekowe) i chemioterapii, których koszty za rok 2014 były niższe od kwoty zaplanowanej na ten rok.

Ponadto na niepełną realizację ww. rodzajów świadczeń z wyjątkiem refundacji, wpływ miały także:

- rozwiązanie rezerw utworzonych w księgach rachunkowych Oddziału w ciężar kosztów roku 2013 na nierozliczone przez świadczeniodawców świadczenia (na łączną kwotę 5 501,09 tys. zł),
- niepełne wykonanie umów przez świadczeniodawców (na łączną kwotę 1 935,12 tys. zł),
- niepełne wykorzystanie przez pozostałe oddziały wojewódzkie NFZ kwoty upoważnień udzielonych przez MOW NFZ do zaciągania zobowiązań w zakresie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej (na łączną kwotę 324,03 tys. zł).

Ostatnim czynnikiem wpływającym na niepełną realizację planu wszystkich ww. rodzajów świadczeń, był brak możliwości dokonania przez Dyrektora przesunięcia, w trybie 124 ust. 5 ustawy o świadczeniach, niewykorzystanych środków po 31 grudnia 2014 r. (na łączną kwotę 13 411,85 tys. zł), po którym to Oddział otrzymał z Centrali NFZ plan ostateczny na 2014 r.

dowód akta kontroli [tom IV, str. 308-311, 397-402]

Świadczenia zrealizowane przez świadczeniodawców ponad limity ustalone w umowach stanowiły w 2014 r. wartość 202 207,46 tys. zł<sup>76</sup>. W stosunku do 2013 r. wartość tych świadczeń wzrosła o 7,1% (tj. o 12 286,98 tys. zł). Realizacja umów ponad ustalony limit dotyczyły ośmiu rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej<sup>77</sup>.

W 2014 r. jeden świadczeniodawca (w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie) wystąpił do Oddziału z roszczeniami z tytułu „nadwykonań” na kwotę 460,37 tys. zł. W 2013 r. z roszczeniami wystąpiło 20. świadczeniodawców, a łączna kwota roszczeń wynosiła 24 932,53 tys. zł.

dowód akta kontroli [tom IV, str. 396]

Zarządzenia Dyrektora<sup>78</sup> umożliwiały MOW NFZ dokonanie płatności za zrealizowane w 2014 r. świadczenia zdrowotne udzielone przez świadczeniodawców ponad ustalony limit. Badanie próby pięciu świadczeniodawców<sup>79</sup> ubiegających się o największe kwoty z tytułu realizacji

<sup>76</sup> Według stanu na 11 czerwca 2015 r.

<sup>77</sup> W tym: AOS (wykonanie ponad ustalony limit o wartości 17 285,52 tys. zł), LSz (o 137 528,48 tys. zł), opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (o 28,97 tys. zł), rehabilitacja lecznicza (o 37 198,21 tys. zł), świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej (o 1 945,44 tys. zł), leczenie stomatologiczne (o 1 441,92 tys. zł), koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych funduszu (o 1,65 tys. zł) i świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie (o 6 777,26 tys. zł).

<sup>78</sup> Zarządzenia Dyrektora MOW NFZ: nr 159/2014 z dnia 18 listopada 2014 r., nr 163/2014 z dnia 25 listopada 2014 r., nr 177/2014 z dnia 24 grudnia 2014 r., nr 6/2015 z dnia 19 stycznia 2015 r., nr 8/2015 z dnia 23 stycznia 2015 r., nr 12/2015 z dnia 4 lutego 2015 r. nr 17/2015 z dnia 17 lutego 2015 r., nr 19/2015 z dnia 20 lutego 2015 r.

<sup>79</sup> Świadczeniodawcy pochodzili z Warszawy i posiadali następujące kody pierwotne: 7, 320, 246, 1311, 1409.

„nadwykoniań”<sup>80</sup> wykazało, że Oddział postępował zgodnie z ww. zarządzeniami. Próba obejmowała również jeden przypadek z zakresu świadczeń nielimitowanych (transplantologia kliniczna – hospitalizacja S21, S22, S23).

dowód akta kontroli [tom IV, str. 497-498]

We wszystkich rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej, w których wystąpiły w 2014 r.<sup>81</sup> nadwykonania miały równie miejsce niewykonania. Ponadto w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna wystąpiły niewykonania (nadwykoniań nie było). Stanowiły one odpowiednik 1 345 165,0607 jednostek rozliczeniowych, a ich wartość umowna wyniosła 3 305,86 tys. zł<sup>82</sup> i były niższe niż w 2013 r. o 79,77% (tj. 5 302 567,0507 szt.) w przypadku jednostek rozliczeniowych oraz o 75,88% (tj. 10 397,73 tys. zł) w przypadku ich wartości.

dowód akta kontroli [tom IV, str. 396]

### **3.3.3. Koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom nieubezpieczonym, spełniającym kryterium dochodowe**

Opis stanu faktycznego

Zapotrzebowanie na świadczenie opieki zdrowotnej dla osób, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy o świadczeniach nie było określone odrębnie w planie finansowym Oddziału na 2014 r.

dowód: akta kontroli [tom IV, str. 196]

W 2014 r. Oddział sfinansował świadczenia opieki zdrowotnej 8 661 świadczeniobiorcom nieubezpieczonym, spełniającym kryterium dochodowe<sup>83</sup> ponosząc na ten cel koszty w łącznej wysokości 26 521,85 tys. zł.<sup>84</sup> Koszty te były wyższe o 953,3 tys. zł (tj. o 3,73%) niż w 2013 r. Większa była też liczba świadczeniodawców o 1 867 osób (tj. 27,48%), którzy skorzystali z tych świadczeń. Na pokrycie wydatków, Oddział otrzymał dotację w łącznej wysokości 26 678,34 tys. zł.

dowód akta kontroli [tom IV, str. 163-189, 203-205, 271-273]

Zastępca Dyrektora ds. Finansowych wyjaśnił, że powstałą różnicę pomiędzy otrzymaną dotacją a kosztami zadania o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a ustawy o świadczeniach w wysokości 33,79 tys. zł, Oddział pokrył z przychodów z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne w ramach planu finansowego na 2014 r. Środki te Oddział odzyskał w formie dotacji za I kwartał 2015 r.

dowód akta kontroli [tom IV, str. 156, 401]

<sup>80</sup> Badana próba objęła następujące rodzaje LSz- programy terapeutyczne (lekowe) -w zakresie leki w programie lekowym - leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu c. LSz - oddziały Szpitalne w tym w następujących zakresach: transplantologia kliniczna - hospitalizacja S21, S22, S23; ortopedia i traumatologia narządu ruchu - hospitalizacja; anestezjologia i intensywna terapia II poziom referencyjny – hospitalizacja. LSz - brachyterapia - w zakresie teleradioterapia.

<sup>81</sup> Według stanu na 11 czerwca 2015 r.

<sup>82</sup> W tym: AOS (niewykonanie o wartości 217,79 tys. zł), LSz (o 537,45 tys. zł), opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (o 28,97 tys. zł), rehabilitacja lecznicza (o 132,1 tys. zł), świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej (o 574,48 tys. zł), opieka paliatywna i hospicyjna (o 318,56 tys. zł), leczenie stomatologiczne (o 1 035,27 tys. zł), koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych funduszu (o 14,23 tys. zł) i świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie (o 12,92 tys. zł).

<sup>83</sup> W tym w ramach zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a – skorzystało 209 osób, art. 97 ust. 3 pkt 3 – 8 423 osób, art. 97 ust. 3 pkt 3b – 29 osób.

<sup>84</sup> W tym: 427,28 tys. zł na zadanie o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 24 411,58 tys. zł – w związku z art. 97 ust. 3 pkt 3 oraz 1 682,99 tys. zł w związku z art. 97 ust. 3 pkt 3b.

### 3.3.4. Koszty administracyjne

W 2014 r. koszty administracyjne Oddziału wyniosły 63 363,34 tys. zł, co stanowiło 91,85% planowanych kosztów. W stosunku do 2013 r. koszty te były niższe o 0,85%.

dowód akta kontroli [tom IV, str. 332]

Szczegółowym badaniem usług obcych objęto siedem wydatków<sup>85</sup> na łączną kwotę 990,71 tys. zł. Analiza wykazała, że wydatki zostały poniesione na cele związane z realizacją zadań Oddziału, w tym m.in. na działalność informacyjną w zakresie ochrony zdrowia. W przypadku trzech wydatków wykonawców wyłoniono stosując ustawę z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych<sup>86</sup>. Wybór wykonawców odbywał się przy wykorzystaniu kryterium najniższej ceny.

dowód akta kontroli [tom IV, str. 405]

Koszt wynagrodzeń osobowych wraz z pochodnymi stanowiły kwotę 48 148,95 tys. zł, tj. 75,99% ogółu kosztów administracyjnych. Wydatki na wynagrodzenia były wyższe niż w 2013 r. o 30,53 tys. zł, (tj. 0,06%). Przeciętne zatrudnienie w 2014 r. wyniosło 544,8 etatu<sup>87</sup> i w stosunku do 2013 r. było niższe o 15,51 etatu. Przeciętne miesięczne wynagrodzenie wynosiło 6 133,94 zł i było wyższe o 2,96% niż w 2013 r.

Przeciętne miesięczne wynagrodzenie na etat Dyrektora i jego zastępców w MOW NFZ w 2014 r. wynosiło 17 787,70 zł i było wyższe o 3 707,01 zł (tj. o 26,33%) niż w 2013 r. Przeciętne zatrudnienie kadry zarządzającej wzrosło z 4,41 etatu w 2013 r. do 4,5 w 2014 r. (tj. o 0,2%).

dowód akta kontroli [tom IV, str. 332-335]

Wzrost kosztów z tytułu wynagrodzeń w 2014 r., Zastępca Dyrektora ds. Medycznych uzasadnił między innymi wzrostem dodatku stażowego dla pracowników oraz wypłatą ekwiwalentu za urlopy odchodzących pracowników, którzy w okresie wypowiedzenia przebywali na zwolnieniach lekarskich. W przypadku wzrostu przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia na etat kadry kierowniczej wyjaśniono, że w 2014 r. na takich stanowiskach zatrudnionych było czterech pracowników więcej niż w 2013 r.<sup>88</sup> z uwagi na pokrywanie się upływających okresów wypowiedzenia czterech odwołanych pracowników<sup>89</sup> z okresami pełnienia przez nowo wybranych pracowników tych funkcji. Ponadto wzrost przeciętnego wynagrodzenia związany był między innymi ze zmianą zasad wynagradzania osób kierujących oddziałami wojewódzkimi NFZ (wprowadzoną zarządzeniem Prezesa NFZ nr 50/GPF/2013 z dnia 10 września 2013 r.), zwyżką przyznawanych wynagrodzeń kolejno zatrudnionym Dyrektorom oraz wzrostem wysokości przyznanych nagród pieniężnych łącznie z 12,5 tys. zł w 2013 r. do 116,5 tys. zł.

dowód akta kontroli [tom IV, str. 464-467]

NIK zwraca uwagę, że Oddział z tytułu opłat czynszowych za najmowane nieruchomości zajmowane w Warszawie poniósł w 2014 r. koszty w wysokości

<sup>85</sup> Obejmujące: wynajem nieruchomości w budynku przy ul. Chałubińskiego w Warszawie (luty 2014 r.), obsługę całodobową infolinii (maj 2014 r.), usługę pocztową maszyną do frankowania (wrzesień 2014 r.), kwalifikowania skierowań w rodzaju leczenia uzdrowiskowe (sierpień 2014 r.) oraz rozbudowę systemu bezpieczeństwa środowiska serwerów wirtualnych wraz z 12 miesięczną asystą techniczną (wrzesień 2014 r.)

<sup>86</sup> Dz. U. z 2013 r. poz. 907 ze zm.

<sup>87</sup> W 2014 r. przeciętne zatrudnienie w MOW NFZ: - dla Dyrektora i Zastępców Dyrektora wyniosło 4,5 etatu i w porównaniu do 2013 r. było wyższe o 0,09 etatu, - kadry kierowniczej wynosiło 44,3 etatu i było niższe o 8,74 etatu, - pozostałych pracowników wynosiło 496 etatu i było niższe o 6,86 etatu.

<sup>88</sup> W 2014 r. Oddział zatrudniał łącznie 10 pracowników na stanowiskach Dyrektora i jego zastępców.

<sup>89</sup> Dotyczyło to stanowisk: Dyrektora MOW NFZ, Zastępcy Dyrektora ds. Finansowych oraz Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych w dwóch przypadkach.

6 180,9 tys. zł (co stanowiło 63,6% wszystkich kosztów usług obcych), które w głównej mierze dotyczyły powierzchni biurowych, magazynowych i parkingowych w budynku przy ul. Chałubińskiego 8 w Warszawie. W okresie 2007-2015 obowiązywania umów najmu ww. powierzchni, stawki czynszu w wyniku negocjacji uległy zmniejszeniu<sup>90</sup> mimo to koszty wynajmu w stosunku do 2013 r. wzrósł o 94,11 tys. zł (tj. 1,5 %).

dowód akta kontroli [tom IV, str. 157-159, 439- 444]

W związku z upływającym terminem najmu (wrzesień 2015 r.) powierzchni biurowej w budynku przy ul. Chałubińskiego 8 w Warszawie, w 2014 r. Dyrektor powołał<sup>91</sup> Zespół do prowadzenia spraw związanych z planowaną zmianą miejsca siedziby Oddziału, którego zadaniem było określenie założeń i potrzeb Oddziału oraz rozpoznanie rynku nieruchomości oraz dokonanie analizy ofert. Spośród 32 ofert<sup>92</sup>, uwzględniając kryterium ceny, Zespół rekomendował Dyrektorowi kontynuowanie najmu w dotychczasowej lokalizacji. Na początku stycznia 2015 r. Dyrektor wystąpił do Prezesa NFZ o rozważenie skierowania do Rady NFZ wniosku o podjęcie uchwały w sprawie wyrażenia zgody na zawarcie aneksów do obowiązujących umów. W związku z uzyskaną zgodą<sup>93</sup> stosowne aneksy z okresem najmu do 30 września 2018 r. zostały zawarte w marcu 2015 r.

dowód akta kontroli [tom IV, str. 157-159, 419-438]

Z wyjaśnień Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych wynika, że pomimo, podjętej w latach 2011-2012 próby najmu z prawem pierwokupu nieruchomości zlokalizowanej przy ul. Czerniakowskiej w Warszawie, która finalnie nie doszła do skutku<sup>94</sup>, Oddział nie planuje zakupu nieruchomości. W ocenie zastępcy dyrektora decyzja zakupu nieruchomości w sytuacji możliwych zmian strukturalnych NFZ (centralizacji lub decentralizacji jednostek NFZ) mogłaby w niedalekiej przyszłości okazać się niewłaściwa z uwagi na zbyt dużą lub zbyt małą zakupioną powierzchnią.

Dyrektor Gabinetu Prezesa NFZ potwierdziła brak planu zakupu nieruchomości oraz budowy nowej siedziby MOW NFZ z uwagi na koszty ewentualnej inwestycji.

dowód akta kontroli [tom IV, str. 467-469, 477-478]

Wydatki inwestycyjne Oddziału na 2014 r. zaplanowane w kwocie 3 045,0 tys. zł<sup>95</sup>, zrealizowano w kwocie 2 727,32 tys. zł (tj. 89,57%), w tym: 1 969,57 tys. zł poniesiono na rozbudowę zapasowego serwera (tj. 98,47%), 453,59 tys. zł na oprogramowanie i rozbudowę systemów informatycznych (tj. 63,89%), 280,0 tys. zł na modernizację i rozbudowę sieci (tj. 93,33%) oraz 24,16 tys. zł na urządzenia komputerowe (tj. 69,02%). Wysokość zaplanowanych wydatków na 2014 r. była wyższa niż na 2013 r. o 1 017,23 tys. zł (tj. 150,16%)<sup>96</sup>. Wyższa była też ich realizacja, tj. o 853,47 tys. zł (145,55%).

dowód akta kontroli [tom IV, str. 282, 410-418]

<sup>90</sup> W przypadku jednego wynajmującego stawka czynszu zmalała z 69,24 zł w 2007 r. do 44,5 zł w 2015 r. za m<sup>2</sup>, w przypadku drugiego wynajmującego z 66,39 zł w 2008 r. do 47,0 zł w 2015 r. za m<sup>2</sup>.

<sup>91</sup> Zarządzeniem nr 35/2014 Dyrektora MOW NFZ z 11 kwietnia 2014 r.

<sup>92</sup> Uzyskanych za pośrednictwem pięciu agencji pośrednictwa nieruchomości.

<sup>93</sup> Uchwałą Nr 1/2015/II Rady NFZ z dnia 19 lutego 2015 r.

<sup>94</sup> W wyniku zwrócenia się ówczesnego Ministra Sprawiedliwości do MOW NFZ w kwestii rozważenia możliwości wycofania się z prowadzonych negocjacji zmierzających do zawarcia stosownej umowy.

<sup>95</sup> Według rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych Oddziału na 2014 r. przyjętego Uchwałą nr 37/2013/II Rady NFZ z dnia 19 grudnia 2013 r.

<sup>96</sup> Zgodnie z planem po zmianach przyjęty uchwałą nr 27/2013/II Rady NFZ z dnia 17 października 2013 r.

### 3.3.5. Zobowiązania Oddziału

Stan zobowiązań krótkoterminowych MOW NFZ na koniec 2014 r. wyniósł 1 158 199,82 tys. zł był niższy o 0,5 % w stosunku do 2013 r. (1 164 010,0 tys. zł). Oddział nie posiadał zobowiązań długoterminowych i wymagalnych.

Na ww. zobowiązania składały się zobowiązania wobec świadczeniodawców – 995 519,81 tys. zł, wobec aptek – 78 029,5 tys. zł (na koniec 2013 r. zobowiązania wobec świadczeniodawców i aptek wyniosły 1 077 463,04 tys. zł), z tytułu wynagrodzeń – 939,0 tys. zł (w 2013 r. – 1 258,7 tys. zł), z tytułu rozrachunków publicznoprawnych – 1 955,8 tys. zł (w 2013 r. 2 143,7 tys. zł), pozostałe - 359,0 tys. zł (w 2013 r. 1 171,7 tys. zł).

W 2014 r. wobec MOW NFZ nie było zajęć komorniczych. Oddział nie zapłacił kar umownych. W 2014 r. MOW NFZ zapłacił 8 979,9 tys. zł odsetek, w tym 8 768,0 tys. zł dla świadczeniodawców, a 211,9 tys. zł dla aptek. Wszystkie zapłacone odsetki były następstwem zapadłych wyroków sądowych.

dowód akta kontroli [tom IV str. 198-201, 269-312]

Według stanu na koniec 2014 r. przeciwko MOW NFZ prowadzone były 143 postępowania sądowe na ogólną kwotę roszczeń 217 706,5 tys. zł, w tym:

- sprawy z tytułu „ustawy 203” 4 sprawy - kwota roszczeń 19 886,3 tys. zł,
- roszczenia związane ze świadczeniami zdrowotnymi udzielonymi ponad limity (nadwykonania) 58 spraw – kwota roszczeń 139 748,2 tys. zł,
- pozwy o zapłatę wynikające z wykonania umowy 40 spraw – kwota roszczeń 6 499,2 tys. zł,
- inne postępowania sądowe 41 spraw – kwota roszczeń 51 572,8 tys. zł.

W 2014 r. ostatecznie zakończone zostały 54 sprawy. Łączna kwota zasądzona w 2014 r. wyniosła 10 157,4 tys. zł, w tym: sprawy z tytułu „ustawy 203” – 726,0 tys. zł (3 zakończone sprawy), nadwykonania – 8 661,9 tys. zł (14 zakończonych spraw), o zapłatę wynikające z wykonania umowy – 136,0 tys. zł (18 zakończonych spraw), inne postępowania sądowe – 633,5 tys. zł (19 zakończonych spraw).

dowód akta kontroli [tom I str. 374-409]

Z tytułu kwot wynikających z wyroków sądowych MOW NFZ zapłacił w 2014 r. ogółem 21 741,1 tys. zł, w tym kwota zapłaconej należności głównej - 12 565,2 tys. zł, kwota zapłaconych kosztów sądowych – 195,9 tys. zł, kwota zapłaconych odsetek ustawowych – 8 979,9 tys. zł.

dowód akta kontroli [tom I str. 410-415]

MOW NFZ w toku rozliczeń świadczeń proponował świadczeniodawcom zrzeczenie się roszczeń zwrotu kosztów wykonanych w 2014 r. świadczeń, które nie były objęte limitami. Podpisanie przez świadczeniodawców protokołów uzgodnień będących podstawą zawarcia aneksu rozliczającego do umowy za 2014 r. spowodowało zrzeczenie się roszczeń do zwrotu kosztów świadczeń nielimitowanych sprawozdanych po dniu podpisania tego protokołu.

dowód akta kontroli [tom I str. 311, 313, 466, tom III str. 367-416]

Dyrektor wyjaśnił, że strony podpisujące protokół uzgodnień biorą odpowiedzialność za dane zawarte w tym protokole, którego podpisanie ma uchronić płatnika przed ewentualnym przekroczeniem planu finansowego, koniecznością zapłaty za świadczenia sprawozdane po podpisaniu protokołu. Dodatkową gwarancją zmniejszenia się w planie finansowym jest klauzula zrzeczeniowa. W protokołach świadczeniodawca potwierdza sprawozdanie wszystkich świadczeń.

dowód akta kontroli [tom III str. 460-463]

Dyrektor Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia, odpowiadając na pytanie skierowane do Prezesa NFZ wyjaśnił, że wyżej wymieniony przepis nie przekreśla możliwości porozumienia się stron umowy (tj. Oddziału Wojewódzkiego i świadczeniodawcy) i ujęcia w treści np. aneksu rozliczającego, czy ugody pozasądowej zrzeczenia się przez świadczeniodawcę prawa do dochodzenia roszczeń związanych z realizacją świadczeń opieki zdrowotnej w danym rodzaju świadczeń ponad wartość określoną w umowie, zgodnie z ogólną zasadą swobody kształtowania stosunków prawnych obowiązującą na gruncie prawa cywilnego.

dowód akta kontroli [tom I str. 519-520, tom III str. 338-339]

Ustalone  
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w badanym obszarze.

#### 4. System kontroli świadczeniodawców oraz system kontroli wewnętrznej

Opis stanu  
faktycznego

Plan kontroli świadczeniodawców na rok 2014 został zatwierdzony przez Dyrektora MOW NFZ w dniu 17 grudnia 2013 r. i przekazany do Centrali NFZ pismem z dnia 19 grudnia 2013 r. Przy tworzeniu planu uwzględniono analizy dotyczące możliwości kadrowych komórki ds. kontroli oraz propozycje poszczególnych komórek MOW NFZ dotyczące tematów kontroli na 2014 r.

W planie kontroli świadczeniodawców na 2014 r. ujęte zostały kontrole obejmujące m.in. realizację zapisów umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, analizę dostępności do świadczeń, zgodność warunków wymaganych w danym rodzaju świadczeń ze stanem faktycznym, dokumentacją pacjentów, zgodność świadczeń wykazywanych w raportach statystycznych z faktycznie wykonanymi, organizację pracy świadczeniodawców z uwzględnieniem harmonogramu pracy lekarzy udzielających świadczeń oraz list oczekujących na udzielenie świadczenia, kwalifikacji personelu medycznego, wyposażenia w sprzęt medyczny i pomocniczy, prawidłowość prowadzenia dokumentacji medycznej.

dowód akta kontroli [tom III str. 1-10, 11-31, 39-67]

Analiza 26 kontroli przeprowadzonych w rodzajach AOS i LSz wykazała, że w dwóch<sup>97</sup> przypadkach świadczeniodawcy poinformowali o częściowej realizacji zaleceń pokontrolnych, nie wpłacili jednak kary umownej. MOW NFZ skierował sprawy na drogę postępowania sądowego. W kolejnych dwóch<sup>98</sup> przypadkach świadczeniodawcy wykonali zalecenia pokontrolne częściowo: w jednym, w związku z niewykonaniem zaleceń pokontrolnych dotyczących dokonania częściowej korekty dokumentacji rozliczeniowej nałożono na świadczeniodawcę karę umowną, w drugim świadczeniodawca dokonał częściowej korekty dokumentacji rozliczeniowej, nie wpłacił nienależnie przekazanych środków finansowych, nie poinformował o sposobie wykonania zaleceń pokontrolnych i skierował sprawę na drogę postępowania sądowego. W wyniku jednej<sup>99</sup> kontroli nie wydano zaleceń pokontrolnych, 8 kontroli<sup>100</sup> nie miało skutków finansowych, w przypadku 21 kontroli

<sup>97</sup> Nr postępowania kontrolnego: DKU-09-212-KR/WM/JoP/AŁ/2013, DKU-09-9-VŚ/JSz/2014.

<sup>98</sup> Nr postępowania kontrolnego: DKU-09-83-ABG/II/2014 i DKU-09-2-MD/CZ/2014.

<sup>99</sup> Nr postępowania kontrolnego: DKU-09-108-BW/AP/2014.

<sup>100</sup> Nr postępowania kontrolnego DKU-09-108-BW/AP/2014, DKU-09-101-JoP/JPO/2014, DKU-09-103-AF/MI/2014, DKU-09-124-JFS/JG/2014, DKU-09-206-MD/CZ/2014, DKU-09-214-JSZ/MM/2014, DKU-09-236-KR/JoP/2014, DKU-09-247-IP/MM/2014.

świadczeniodawcy poinformowali MOW NFZ o realizacji wszystkich zaleceń pokontrolnych. W jednym<sup>101</sup> przypadku po kontroli została rozwiązana umowa ze świadczeniodawcą.

dowód akta kontroli [tom III str. 139-162]

Podczas kontroli przeprowadzanych w 2014 r. u świadczeniodawców, MOW NFZ stwierdził powtarzające się nieprawidłowości m.in. dotyczące: nieinformowania o zmianach w „Harmonogramie-zasoby”, nieudzielanie świadczeń w czasie oraz przez osoby określone w „Harmonogramie-zasoby”, brak zgodności danych wykazanych w raportach statystycznych z wpisami znajdującymi się w indywidualnej dokumentacji medycznej świadczeniobiorców, niezapewnienie w wybrane dni wymaganej dla danego obszaru zabezpieczenia liczby zespołów lekarsko-pielęgniarskich, niewykonanie zaleceń pokontrolnych, nieprawidłowości w sposobie prowadzenia dokumentacji medycznej, brak sprzętu medycznego wykazanego w „Harmonogramie-zasoby”, wykazanie w raportach statystycznych świadczeń, które nie znalazły potwierdzenia we wpisach w historiach choroby świadczeniobiorców, brak indywidualnej dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy potwierdzającej udzielenie świadczeń wykazanych do MOW NFZ, nieprawidłowości w sposobie prowadzenia listy oczekujących na udzielenie świadczenia<sup>102</sup>, braki w wyposażeniu w sprzęt i aparaturę medyczną, niezgodność kwalifikacji osób udzielających świadczeń z danymi wykazanymi w „Harmonogramie-zasoby”, bezzasadne wykazywanie do MOW NFZ świadczeń jako „ratujących życie”, brak przeglądów technicznych użytkowanego sprzętu i aparatury medycznej, pobranie od świadczeniobiorcy opłaty za świadczenia gwarantowane będące przedmiotem umowy zawartej z MOW NFZ, wykazanie w raportach statystycznych świadczeń z innym kodem lub procedurą niż wynika z wpisów w dokumentacji medycznej świadczeniobiorców.

dowód akta kontroli [tom III str. 72-78, 104-131]

W planie kontroli na 2014 r. przewidziano 108 kontroli. Oddział zrealizował plan w 99%, przeprowadzając 107 kontroli planowych.

dowód akta kontroli [tom I str. 69]

Odnosnie podejmowania przez Oddział działań systemowych mających na celu wyeliminowanie powtarzających się nieprawidłowości, Oddział podejmował następujące działania:

- nakładał kary umowne w trybie § 30 ust. 1 pkt 1 lit e Ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>103</sup>,
- podejmował decyzje o rozwiązaniu umów w trybie § 36 ust. 1 pkt 10 OWU, będących wynikiem zarówno przeprowadzonych kontroli jak i działań monitorujących, o których mowa w m.in. art. 107 ust 5 pkt 12 ustawy o świadczeniach,
- informował Prezesa NFZ oraz inne właściwe organy, a także organy tworzące i nadzorujące świadczeniodawców, w przypadkach stwierdzenia w trakcie

<sup>101</sup> Nr postępowania kontrolnego: DKU-09-223-BP/JFS/2013.

<sup>102</sup> M.in. w związku z nieprawidłowościami dotyczącymi: niekompletny zakres gromadzonych danych; brak wpisania na listę świadczeniobiorców, dla których wykazano realizację świadczeń; brak na liście rozpoznania lub określenia powodu przyjęcia świadczeniobiorcy; wpisywanie na listy oczekujących świadczeniobiorców kontynuujących leczenie; dwukrotne umieszczanie tego samego świadczeniobiorcy - z tą samą datą i godziną - na liście oczekujących) (m.in. niekompletny zakres gromadzonych danych; brak wpisania na listę świadczeniobiorców, dla których wykazano realizację świadczeń; brak na liście rozpoznania lub określenia powodu przyjęcia świadczeniobiorcy; wpisywanie na listy oczekujących świadczeniobiorców kontynuujących leczenie; dwukrotne umieszczanie tego samego świadczeniobiorcy - z tą samą datą i godziną - na liście oczekujących.

<sup>103</sup> Zwane dalej: OWU

kontroli rażącego naruszenia przepisów prawa, uregulowań wewnętrznych NFZ oraz zapisów umów.

Dyrektor wyjaśnił, że na cyklicznych spotkaniach w Centrali NFZ poruszane były m.in. kwestie powtarzających się nieprawidłowości u podmiotów kontrolowanych oraz podejmowano ustalenia mające na celu wyeliminowanie występowania w przyszłości ww. nieprawidłowości, w ramach posiadanych przez NFZ narzędzi prawnych.

dowód akta kontroli [tom III str.173-183]

W 7 z 26 poddanych analizie postępowań kontrolnych stwierdzono różnice pomiędzy posiadanym sprzętem medycznym i kwalifikacjami lekarzy, a zgłoszonym w „Harmonogramie-zasoby” (załączniku nr 2 do umowy), polegające na: wykazaniu sprzętu i aparatury medycznej, który został wyłączony z eksploatacji<sup>104</sup>, braku na wyposażeniu oddziału Szpitalnego Oddziału Ratunkowego<sup>105</sup> aparatu do nasłuchu na kanale ogólnopolskim<sup>106</sup>, rozbieżności pomiędzy kwalifikacjami lekarzy faktycznie posiadanymi a wykazanymi<sup>107</sup>, wykazanie pomp infuzyjnych, które zostały poddane kasacji<sup>108</sup>, rozbieżnościach pomiędzy kwalifikacjami faktycznie posiadanymi (przez lekarzy i pielęgniarki), a wykazanymi, braku w wyposażeniu na SOR niezbędnego do jego działalności bezwzględnie wymaganego sprzętu/systemu, tj. analizatora parametrów krytycznych; systemu bezprzewodowego przywoływania osób; w pełni wyposażonego aparatu do powierzchniowego ogrzewania pacjenta (brak tzw. koldry)<sup>109</sup>, niepoinformowaniu o zmianach w wyposażeniu w sprzęt medyczny i pomocniczy (2 aparatów do pomiaru ciśnienia tętniczego, glukometru, koncentratora tlenu, 13 łóżek, 15 materacy, sprzętu ułatwiającego pielęgnację chorego, ssaka, wyposażenia gabinetu rehabilitacyjnego oraz zestawu do udzielania pierwszej pomocy)<sup>110</sup>.

dowód akta kontroli [tom III str.136-162]

Na 2014 r. MOW NFZ zaplanował<sup>111</sup> przeprowadzenie 6 kontroli wewnętrznych, dotyczących:

- rejestrów prowadzonych w MOW NFZ,
- planowania zakupu świadczeń w wybranych rodzajach na 2014 r.,
- realizacji wybranych zaleceń pokontrolnych wydanych przez Zespół Kontroli Wewnętrznej w latach 2011-2013,
- zasad sporządzania, gromadzenia i udostępniania informacji niejawnych oraz kontrola zabezpieczenia przez ujawnieniem tajemnicy państwowej i służbowej powziętej (nabytej) w trakcie wykonywania codziennych obowiązków służbowych,
- poprawności rozliczania wyników finansowych postępowań kontrolnych w MOW NFZ w III kwartale 2014 r.,
- realizacji zaleceń pokontrolnych wynikających z kontroli przeprowadzonych w MOW NFZ przez NIK i inne uprawnione instytucje zewnętrzne w roku 2013.

dowód akta kontroli [tom III str. 213-215]

Z 6 zaplanowanych kontroli zrealizowano 5. Nie została przeprowadzona kontrola dotycząca realizacji zaleceń pokontrolnych wydanych przez instytucje zewnętrzne.

Dodatkowo, poza planem, przeprowadzono 8 kontroli na temat:

---

<sup>104</sup> DKU-09-124-JFS/JG/2014.

<sup>105</sup> Zwanego dalej: SOR

<sup>106</sup> DKU-09-124-JFS/JG/2014.

<sup>107</sup> DKU-09-206-MD/CZ/2014.

<sup>108</sup> DKU-09-214-JSZ/MM/2014.

<sup>109</sup> DKU-09-124-JFS/JG/2014.

<sup>110</sup> DKU-09-267-AF/MI/2014.

<sup>111</sup> Zgodnie ze znowelizowanym planem kontroli wewnętrznej na 2014 r. z dnia 21 lipca 2014 r.

- zasady i tryb obiegu oraz zabezpieczenia dokumentacji w MOW NFZ,
- efektywność wykorzystania czasu pracy w delegaturach MOW NFZ w odniesieniu do zadań realizowanych na podstawie Regulaminu organizacyjnego MOW NFZ,
- ustalenie przyczyn i wskazanie winnych utraty dokumentu – protokołu kontroli przeprowadzonej przez Central NFZ w MOW NFZ,
- kontraktowanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w zakresach: fizjoterapia ambulatoryjna, rehabilitacja ogólnoustrojowa, w ośrodku/oddziale dziennym, lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna, rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym dla powiatów sochaczewskiego i pruszkowskiego za lata 2011-2014,
- zgodność realizacji postępowania rekrutacyjnego nr ZRP/32/14 z obowiązującymi przepisami,
- prawidłowość realizacji wybranych postępowań konkursowych ogłoszonych w II kwartale 2014 r. w rodzaju leczenie stomatologiczne,
- proces tworzenia i realizacja *zarządzenia nr 19/2013 Dyrektora MOW NFZ z dnia 4 lutego 2013 roku oraz rozliczenia jednego ze świadczeniodawców z MOW NFZ za lata 2009-2014*,
- poprawność rozliczania wyników finansowych postępowań kontrolnych w MOW NFZ w III kwartale 2014 r.

dowód akta kontroli [tom III str. 216-235]

W 2014 r. świadczeniobiorcy złożyli 1 028 skarg, w tym jedną na stan wyposażenia i kwalifikacje kadry medycznej. Na podstawie badania 36 skarg stwierdzono, że Oddział analizował skargi, a w razie stwierdzenia, że nie jest organem właściwym przysyłał skargi do właściwej instytucji lub informował świadczeniobiorcę o właściwości innej instytucji, organu. Skargi były rozpatrywane w terminie 1 miesiąca od złożenia, a w razie konieczności przeprowadzenia dodatkowych wyjaśnień informowano skarżącego o przedłużeniu terminu na rozpatrzenie skargi i wskazywano nowy termin. Każdorazowo informowano skarżących o sposobie załatwienia skargi.

dowód akta kontroli [tom I str.436-440 ]

6 z 36 badanych skarg dotyczyło pobierania przez świadczeniodawców dopłat do świadczeń udzielanych przez nich w ramach umów zawartych z NFZ. Pięć z tych skarg dotyczyło pobierania dodatkowych opłat za świadczenia związane z porodem (w tym za znieczulenia przy porodach)<sup>112</sup>.

dowód akta kontroli [tom I str. 441-448]

Kierownik Działu Obsługi Świadczeniobiorców, Skarg i Wniosków wyjaśniła, że w trakcie sporządzania planu kontroli na 2015 r. Dział wytypował do planu kontroli wszystkich świadczeniodawców, na których w 2014 r. wpływały skargi dotyczące pobierania opłat za świadczenia związane z porodem. Ponadto wyjaśniła, że w przypadku tego rodzaju skarg na skutek przeprowadzonego postępowania wyjaśniającego świadczeniodawcy dokonywali zwrotu nienależnie pobranej opłaty. W dwóch przypadkach świadczeniodawca odmówił zwrotu środków i z tego względu wystąpiono do Wydziału Kontroli o przeprowadzenie kontroli doraźnej świadczeniodawcy.

dowód akta kontroli [tom I str. 453-458]

W dwóch skargach<sup>113</sup> świadczeniobiorcy poinformowali, że świadczeniodawcy pobierali opłaty w formie darowizn. W jednym przypadku MOW NFZ rozpatrzył skargę, a w drugim przypadku stwierdził, że nie jest stroną w przedmiotowej

<sup>112</sup> Według numeracji z rejestru: skarga nr 187, skarga nr 805 skarga nr 333, skarga nr 517 i 658.

<sup>113</sup> Skarga nr 187 i 816.

sprawie, pomimo, że zgoda na wpłatę darowizny została pobrana przez świadczeniodawcę w trakcie porodu, na terenie szpitala, który miał podpisaną umowę z NFZ.

dowód akta kontroli [tom III str. 441-448]

Kierownik Działu Obsługi Świadczeniobiorców, Skarg i Wniosków wyjaśniła, że darowizna została wpłacona dla Fundacji, z którą MOW NFZ nie był związany umową.

dowód akta kontroli [tom III str. 446-448]

W 2014 r. MOW NFZ pozostawił bez rozpoznania część skarg złożonych drogą e-mail<sup>114</sup>, a inne przyjmował do rozpatrzenia<sup>115</sup>.

dowód akta kontroli [tom III str. 441-446]

Rada MOW NFZ nie podejmowała w 2014 r. działań kontrolnych dotyczących poszczególnych obszarów działalności MOW NFZ.

dowód akta kontroli [tom III str. 211-212]

W 2014 r. MOW NFZ przeprowadził 290 kontroli świadczeniodawców, w 10 rodzajach świadczeń, w tym część kontroli obejmowało sprawdzenie jednocześnie kilku rodzajów świadczeń.

dowód akta kontroli [tom III str.132-133]

W 2014 r. Oddział przeprowadził 1 092 wizytacje u 593 świadczeniodawców, (51,12% wszystkich świadczeniodawców, którzy złożyli oferty w postępowaniach konkursowych i rokowaniach przeprowadzanych w 2014 r.), w tym w rodzaju AOS – 25 wizytacji, w rodzaju LSZ 32 wizytacje, w pozostałych 526 wizytacji. Były one przeprowadzane w oparciu o obowiązującą procedurę kontraktowania świadczeń w celu porównania informacji zawartych w ofercie ze stanem faktycznym. Wizytacje przeprowadzane były obligatoryjnie u oferentów, którzy dotychczas nie mieli zawartej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

dowód akta kontroli [tom III str. 451-452]

W czterech przypadkach z siedmiu poddanych analizie protokołów z wizytacji<sup>116</sup> przeprowadzonych przez MOW NFZ w trakcie postępowań konkursowych na 2014 r.<sup>117</sup> oferenci podali w ofertach złożonych w postępowaniu nieprawdziwe informacje i dane. Wyniki wizytacji wykazały bowiem, że oferenci ci nie posiadali całego sprzętu medycznego i wyposażenia wyszczególnionego w złożonej ofercie

dowód akta kontroli [tom III str. 184-197]

Naczelnik Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej wyjaśniła, że sporządzanie ofert do NFZ, w szczególności w zakresie LSz jest procesem bardzo skomplikowanym, wymagającym jednoczesnego korzystania z licznych, bardzo obszernych baz danych. Udzielenie świadczeń w LSz odbywa się przy udziale różnorodnego specjalistycznego sprzętu, który ulega ciągłej wymianie, modernizacji, a co za tym idzie - konieczności dokonywania ciągłych aktualizacji danych. MOW NFZ ma pełną świadomość, że rozbieżności pomiędzy ofertą, a stanem faktycznym nie wynikają z zamierzonego działania oferentów, a jedynie z pomyłek osób sporządzających oferty, przeszkód technicznych, nieporozumienia lub odmiennej interpretacji przepisów, nieprecyzyjności zapytań ankietowych. MOW NFZ nie miał podstaw do postawienia zarzutu oferentom o popełnienie kłamstwa ofertowego i skierowania

---

<sup>114</sup> np. skarga nr 168, 82, 296.

<sup>115</sup> np. skarga nr 816, 668.

<sup>116</sup> W rodzaju leczenie szpitalne, zakresy: chirurgia naczyniowa, okulistyka dziecięca – hospitalizacja, immunologia kliniczna – hospitalizacja, AOS, zakres: badania endoskopowe przewodu pokarmowego – kolonoskopia.

<sup>117</sup> W rodzaju leczenie szpitalne, zakresy: chirurgia naczyniowa, okulistyka dziecięca – hospitalizacja, immunologia kliniczna – hospitalizacja, AOS, zakres: badania endoskopowe przewodu pokarmowego – kolonoskopia

zawiadomienia do organów ścigania w celu nałożenia na ww. świadczeniodawców grzywny na podstawie przytoczonego przepisu.

dowód akta kontroli [tom III str. 199-201]

W 2014 r. MOW NFZ przeprowadził 3 kontrole dotyczące zasadności ujmowania świadczeń przedstawianych przez świadczeniodawców jako „ratujące życie”. W kontrolach tych stwierdzono nieprawidłowości polegające na bezzasadnym wykazywaniu świadczeń jako „ratujących życie”, gdzie wpisy w dokumentacji medycznej nie potwierdzały, że stan zdrowia świadczeniobiorców wymagał podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia, odroczenie których stanowiłoby zagrożenie dla ich życia. W wystąpieniach pokontrolnych za powyższe nieprawidłowości nie nałożono kar umownych. Sformułowano zalecenia pokontrolne, w których wezwano świadczeniodawców do wykazywania świadczeń ze zwiększoną starannością

dowód akta kontroli [tom III str. 134-135]

Ustalone  
nieprawidłowości

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

Uwagi dotyczące  
badanej działalności

1. Ustalono iż w przypadku czterech skarg dotyczących pobierania dodatkowych opłat za świadczenia związane z porodem (w tym za znieczulenia)<sup>118</sup>. MOW NFZ przeprowadził postępowania wyjaśniające, które potwierdziły zasadność złożonych skarg. W trzech przypadkach świadczeniodawcy dokonali zwrotu nienależnie pobranej opłaty. W jednym przypadku świadczeniodawca odmówił zwrotu kosztów i z tego względu MOW NFZ zdecydował o przeprowadzeniu kontroli doraźnej u tego świadczeniodawcy. Powyższe potwierdziła w złożonych wyjaśnieniach także Kierownik Działu Obsługi Świadczeniobiorców. Pomimo to MOW NFZ nie podjął działań w celu powiadomienia właściwych organów o uzasadnionym podejrzeniu popełnienia wykroczenia z art. 193 pkt 4 ustawy o świadczeniach.

dowód akta kontroli [tom I str. 436-448, 456-458]

Kierownik Działu Obsługi Świadczeniobiorców wyjaśniła, iż MOW NFZ nie powiadamiał o popełnieniu ww. wykroczeń przez świadczeniodawców, gdyż w większości dokonali oni zwrotu nienależnie pobranych dopłat do świadczeń.

dowód akta kontroli [tom I str. 456]

NIK zauważyła, że zwrot przez świadczeniodawców nienależnie pobranych opłat za świadczenia wykonywane w ramach umowy zawartej z NFZ nie zwalnia z odpowiedzialności określonej w art. 193 pkt 4 ustawy o świadczeniach.

2. W 2014 r. MOW NFZ pozostawił bez rozpoznania skargę złożoną drogą e-mail która zawierała imię, nazwisko i adres skarżącego<sup>119</sup>. Zgodnie z §§ 5 i 8 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 8 stycznia 2002 r. w sprawie organizacji przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków, skargi i wnioski<sup>120</sup> mogą być wnoszone m.in. za pomocą poczty elektronicznej, a skargi i wnioski nie zawierające imienia i nazwiska (nazwy) oraz adresu wnoszącego pozostawia się bez rozpoznania.

Ponadto do dnia 24 czerwca 2014 r. zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ w sprawie rozpatrywania skarg i wniosków w NFZ<sup>121</sup> skargi przesyłane pocztą elektroniczną musiały być potwierdzone pisemnie jeżeli skarżący nie posługiwał się podpisem elektronicznym.

<sup>118</sup> Według numeracji z rejestru skarg: nr 805, 333, 517 i 658.

<sup>119</sup> np. skarga nr 296.

<sup>120</sup> Dz. U. Nr 5, poz. 46.

<sup>121</sup> Zarządzenie Prezesa NFZ NR 36/2014/DSS z dnia 27 czerwca 2014 r.

|                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Ocena częściowa</p>                                      | <p>dowód akta kontroli [tom I str.441-448]</p> <p>Kierownik Działu Obsługi Świadczeniobiorców, Skarg i Wniosków wyjaśniła, że skarga nr 168 pozostała bez rozpatrzenia, ponieważ skarżący nie przesłał pisemnego potwierdzenia złożenia tej skargi. Skarga 816 została złożona po wprowadzeniu zmian w zarządzeniu w sprawie rozpatrywania skarg i wniosków w NFZ, które zniosło wymóg pisemnego potwierdzania złożenia skargi przez skarżącego w przypadku skarg składanych elektronicznie.</p> <p>dowód akta kontroli [tom I str.453-458 ]</p> <p>Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w badanym obszarze.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <p>Opis stanu faktycznego</p>                               | <p><b>5. Terminowość i kompletność wybranych sprawozdań</b></p> <p>W 2014 r. Oddział terminowo sporządzał i przekazywał do Centrali NFZ miesięczne i roczne sprawozdania finansowe FM-01 oraz roczne sprawozdanie finansowe za 2014 r. i sprawozdanie roczne z wykonania planu finansowego za 2014 r. Zamknięcie ksiąg rachunkowych Oddziału na koniec 2014 r. nastąpiło w terminie wyznaczonym przez Centralę NFZ (tj. 27 lutego 2015 r.).</p> <p>Częścią miesięcznych sprawozdań FM-01 jest między innymi sprawozdanie o przychodach i kosztach wynikających z realizacji zadań, których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 2b, 3 i 3b ustawy o świadczeniach, wyszczególnione w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia<sup>122</sup>.</p> <p>Ponadto Oddział terminowo sporządzał i przekazywał do Centrali NFZ inne sprawozdania wyszczególnione w ww. rozporządzeniu, takie jak na przykład:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– sprawozdanie kwartalne z przeprowadzonych kontroli realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz o windykacji należności za IV kwartał 2014 r.,</li> <li>– sprawozdanie półroczne o zatrudnieniu i wynagrodzeniach za I i II półrocze 2014 r.</li> </ul> <p>dowód: akta kontroli [tom I, str. 218-231; tom IV, str. 303-328, 403-404]</p> <p>Biegli rewidenci, którzy przeprowadzili badanie sprawozdania finansowego MOW NFZ za 2014 r. nie wnieśli uwag. W raporcie z badania stwierdzili, że księgi rachunkowe wraz z dokumentacją stanowiącą podstawę do ewidencji księgowej operacji gospodarczych są prawidłowe w rozumieniu art. 24 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości<sup>123</sup>. Ponadto stwierdzili kompletność ujęcia w księgach rachunkowych kosztów oraz przychodów Oddziału.</p> <p>dowód: akta kontroli [tom I, str. 80-155]</p> |
| <p>Ustalono<br/>nieprawidłowości</p> <p>Ocena częściowa</p> | <p>W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.</p> <p>Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność jednostki kontrolowanej w badanym obszarze.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <p>Opis stanu faktycznego</p>                               | <p><b>6. Realizacja wniosków pokontrolnych NIK</b></p> <p>W latach 2011-2014 Izba przeprowadziła w MOW NFZ łącznie sześć kontroli, z których w przypadku czterech, sformułowała łącznie 10 wniosków pokontrolnych.</p> <p>W wyniku przeprowadzonej w 2011 r. w MOW NFZ kontroli w zakresie wybranych aspektów finansowania zakładów opieki zdrowotnej, NIK wniosła o:</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

<sup>122</sup> Dz. U. Nr 294, poz. 1735 ze zm.

<sup>123</sup> Dz. U. z 2013 r., poz. 330 ze zm.

- 1) wprowadzenie rozwiązań zapewniających prawidłowe realizowanie i rozliczanie przez świadczeniodawców świadczeń w zakresie rezonansu magnetycznego;
- 2) terminowe ustalanie kwot zobowiązania wobec świadczeniodawców na następne okresy rozliczeniowe w umowach zawartych na okres dłuższy niż rok.

W ramach dwóch kontroli przeprowadzonych w 2012 r. w zakresie dostępności i finansowania opieki stomatologicznej ze środków publicznych oraz sposobu prowadzenia kontroli świadczeniodawców oraz weryfikacji wykonania zakontraktowanych świadczeń opieki zdrowotnej, Izba wniosła o:

- 1) przestrzeganie wymogu określonego w art. 132 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 2) rozważenie objęcia postępowaniami konkursowymi większej liczby świadczeniobiorców;
- 3) wyeliminowanie przypadków nierównego traktowania oferentów przez komisje konkursowe w postępowaniu o udzielenie świadczeń;
- 4) kontynuację weryfikacji wstecznej rozliczenia stawki kapitałowej z uwzględnieniem uwag zawartych w niniejszym wystąpieniu;
- 5) przestrzeganie obowiązku finansowania świadczeń udzielonych osobom uprawnionym do świadczeń z tytułu nieukończenia 18 roku życia z dotacji z budżetu państwa i dokonanie korekty rozliczeń świadczeń sfinansowanych ze środków pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne;
- 6) rozważenie wykorzystania ankietowania pacjentów i wykorzystania uzyskanych w ten sposób informacji do analizy ryzyka w celu typowania problemów i podmiotów do kontroli.

W wyniku przeprowadzonej w 2013 r. kontroli w zakresie dostępności świadczeń NiŚOZ, NIK wniosła o:

- 1) zapewnienie zachowania należytej staranności w trakcie prowadzonych postępowań konkursowych;
- 2) podjęcie działań organizacyjnych w celu zapewnienia realizacji kontroli planowych dotyczących NiŚOZ i uwzględnienia tej tematyki w badaniach ankietowych pacjentów.

Wszystkie ww. wnioski zostały zrealizowane przez Oddział, w tym jeden dotyczący zapewnienia realizacji kontroli planowych dotyczących NiŚOZ i uwzględnienia tej tematyki w badaniach ankietowych pacjentów został zrealizowany w części. Z wyjaśnień zastępcy dyrektora ds. medycznych wynika, że Oddział w dotychczas prowadzonych kontrolach tego zakresu świadczeń, nie korzystał z badań ankietowych pacjentów.

dowód akta kontroli [tom I, str. 192-217]

Ustalone  
nieprawidłowości

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

**Ocena częściowa**

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w badanym obszarze.

## IV. Uwagi i 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 Kontroli<sup>124</sup>, wnosi o:

- 1) informowanie izb zrzeszających zawody medyczne o ogłoszeniu postępowania konkursowego lub rokowań na udzielanie świadczeń,
- 2) opracowanie zasad podziału ilości świadczeń w postępowaniach konkursowych, w przypadku gdy łączna wartość złożonych ofert przewyższa planowane środki.

## V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia  
zastrzeżeń

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

Zgodnie z art. 54 ustawy 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 Warszawie.

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 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych 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.

Warszawa, dnia 27 lipca 2015 r.

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Warszawie

.....  
*podpis*

---

<sup>124</sup> Dz. U. z 2012 r., poz.82 ze zm.