



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura we Wrocławiu

LWR-4101-002-01/2014

P/14/060

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Tekst ujednolicony

uwzględniający zmiany wprowadzone uchwałą Zespołu Orzekającego Komisji Rozstrzygającej Najwyższej Izby Kontroli z dnia 17 września 2014 r. w sprawie zastrzeżeń zgłoszonych do wystąpienia pokontrolnego z dnia 18 lipca 2014 r.

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura we Wrocławiu

ul. Marszałka J. Piłsudskiego 15/17, 50-044 Wrocław

T +48 71 711 83 00, F +48 71 711 83 50

lwr@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/14/060 – Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach planu finansowego na 2013 r.
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura we Wrocławiu
Kontrolerzy	Renata Polatajko, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 89734 z dnia 18 marca 2014 r. Magdalena Barzęc, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 89736 z dnia 18 marca 2014 r. Jakub Mucha, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 89766 z dnia 9 maja 2014 r. (dowód: akta kontroli str. 1-5)
Jednostka kontrolowana	Dolnośląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia we Wrocławiu (dalej: „DOW NFZ” lub „Oddział”), ul. Joannitów 6, kod 50-525 Wrocław
Kierownik jednostki kontrolowanej	Wioletta Niemiec – Dyrektor DOW NFZ od dnia 1 listopada 2009 r. z przerwą w okresie od 31 sierpnia 2013 r. do 4 maja 2014 r., kiedy to p.o. Dyrektora DOW NFZ był Tadeusz Pławiak. (dowód: akta kontroli str. 190)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Uzasadnienie oceny ogólnej

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości¹, realizację przez Oddział zadań Narodowego Funduszu Zdrowia na terenie województwa dolnośląskiego w ramach planu finansowego na 2013 r.

Formułując powyższą ocenę Najwyższa Izba Kontroli uwzględniła w szczególności: poprawne prowadzenie przez Oddział postępowań konkursowych na udzielanie świadczeń zdrowotnych w 2013 r. oraz zgodne z wytycznymi Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia przygotowanie planu zakupu i projektu planu finansowego na ten rok.

Stwierdzone w trakcie kontroli nieprawidłowości dotyczyły:

[1] zmniejszenia w 2013 r. dostępności do świadczeń zdrowotnych udzielanych w pięciu zakresach w rodzaju leczenie stomatologiczne (STM) oraz w trzech zakresach w rodzaju koszty profilaktycznych programów zdrowotnych (PRO);

[2] wydłużenia, w porównaniu do 2012 r., czasu oczekiwania pacjentów na udzielenie świadczeń zdrowotnych w każdym z dziesięciu zbadanych zakresów przypadków stabilnych w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS) i leczenie szpitalne (SZP), jak też w zakresie chemioterapii na oddziale onkologii klinicznej/chemioterapii i poradni onkologicznej;

[3] przypadków nakładania się czasu pracy personelu medycznego;

[4] wypłaty środków za niezakontraktowane świadczenia zdrowotne po ponad czterech miesiącach od czasu ich udzielenia w 2013 r. w stanie nagłym;

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

Kul
2014

[5] zapłaty kwoty 125,6 tys. zł za świadczenia zdrowotne udzielone na podstawie umowy zawartej na inny obszar kontraktowania niż wynikało to z rozstrzygniętego postępowania konkursowego;

[6] niepełnego zrealizowania dwóch z czterech wniosków pokontrolnych, skierowanych przez NIK po kontroli wykonania planu finansowego Oddziału w 2011 r. Nadal bowiem, aczkolwiek w mniejszym stopniu, występowały nieprawidłowości w zakresie: nakładania się czasu pracy personelu medycznego oraz niedochowania terminu uzgodnień warunków finansowych umów wieloletnich..

Ponadto NIK zwraca uwagę, iż:

- DOW NFZ nie posiadał rozeznania co do skali potrzeb mieszkańców województwa dolnośląskiego w zakresie świadczeń zdrowotnych, których realizacji nie zakontraktował z powodu braku świadczeniodawców zainteresowanych ich wykonywaniem. Niemożność uzyskania takich świadczeń na obszarze działania DOW NFZ, wymuszał ich poszukiwanie na terenie funkcjonowania innych Oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia,
- skala przeprowadzonych w 2013 r. przez DOW NFZ kontroli podmiotów realizujących świadczenia zdrowotne w oparciu o zawarte umowy, nie zapewniała dostatecznej ilości danych dla dokonania ogólnej oceny zakresu i jakości wykonywania tych umów na terenie województwa dolnośląskiego,
- Oddział nie wykorzystywał dostępnych instrumentów prawnych w zakresie dyscyplinowania potencjalnych i rzeczywistych świadczeniodawców na okoliczność podawania przez nich odpowiednio: nieprawdziwych informacji w składanych w Oddziale ofertach na udzielanie świadczeń zdrowotnych i nieterminowego przekazywania sprawozdań o kolejkach oczekujących.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Zapewnienie równego dostępu do świadczeń zdrowotnych

1.1. Kontraktowanie świadczeń opieki zdrowotnej

Opis stanu
faktycznego

Plan zakupów świadczeń opieki zdrowotnej na 2013 r. przyjęto do stosowania w DOW NFZ na podstawie wydanego w tej sprawie Zarządzenia Nr 272/2012 r. Dyrektora Oddziału z dnia 30 października 2012 r. Plan zakupów został sporządzony zgodnie z obowiązującą przy jego opracowaniu „Procedurą definiowania priorytetów i planowania zakupu świadczeń” – wersja 1.1.

Konstruując Plan zakupów świadczeń zdrowotnych DOW NFZ, ze względu na ograniczone środki finansowe przewidziane w Planie finansowym Oddziału na 2013 r., dokonał analizy poszczególnych regionów województwa dolnośląskiego i zakresów świadczeń zdrowotnych, mając na względzie średnie nakłady w Polsce. Na ich podstawie dokonano zwiększenia świadczeń uznanych za priorytetowe i pozostałych świadczeń, których wskaźnik nakładów na 10 tys. mieszkańców w znacznym stopniu odbiegał od średnich nakładów w Polsce, w tym świadczenia w zakresie kardiologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu.

Biorąc pod uwagę znaczący wzrost liczby osób oczekujących na świadczenia oraz wydłużenie czasu oczekiwania na nie, co opisano i oceniono w punkcie 1.2.1. niniejszego wystąpienia pokontrolnego dla dziesięciu wybranych zakresów świadczeń zdrowotnych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz leczenia szpitalnego (m.in. dla kardiologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu), przywołane powyżej działania Oddziału nie przełożyły się na skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej oraz na zwiększenie ich dostępności.

(dowód: akta kontroli str. 535-570, 1221-1225)

Cennik jednostek rozliczeniowych poszczególnych rodzajów świadczeń na 2013 r., został wprowadzony na podstawie zarządzeń Dyrektora DOW: Nr 221/2012 z dnia 14 września 2012 r., Nr 275/2012 z dnia 31 października 2012 r. (ze zm.) Nr 16/2013 z dnia 24 stycznia 2013 r., Nr 65/2013 z dnia 18 marca 2013 r. i Nr 89/2013 z dnia 17 kwietnia 2013 r. W zarządzeniach tych określono m.in. jednostkę rozliczeniową oraz oczekiwaną w 2013 r. cenę za realizację danego świadczenia zdrowotnego.

DOW NFZ nie prowadził szczegółowej kalkulacji kosztów poszczególnych świadczeń zdrowotnych, jako podstawy ustalania wysokości cen świadczeń zdrowotnych. Ceny oczekiwane, które znajdowały swoje odzwierciedlenie w przywołanych wyżej zarządzeniach Dyrektora DOW NFZ, opierały się na zaleceniach Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: „Centrala NFZ”), porównaniu cen w pozostałych Oddziałach Wojewódzkich NFZ, a także były warunkowane możliwościami finansowymi Oddziału, określonymi w Planie finansowym (zarządzenia Dyrektora DOW NFZ w sprawie cennika jednostek rozliczeniowych weszły w życie po przyjęciu Planu finansowego na 2013 r.). Wyceniony został jedynie koszt hemodializy (świadczenie zdrowotne kontraktowane odrębnie). Centrala NFZ powołała w 2010 r. Zespół ds. Hemodializoterapii, który opracował metodologię służącą do wyceny tego świadczenia. Ponadto w DOW NFZ dokonano kalkulacji i przyjęto założenia do określenia wartości kontraktów dla świadczeń ryczałtowych w zakresie Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych.

(dowód: akta kontroli str. 87-88, 644-667, 902-904, 1246a-1255)

Odnosnie braku kalkulacji cenowych procedur medycznych Dyrektor DOW NFZ wyjaśniła, m.in., że przyczyną był brak jednolitych standardów wewnętrznej ewidencji i sprawozdawczości kosztowej dla podmiotów leczniczych, co w powiązaniu ze zróżnicowaniem ich struktur i zakresów prowadzonej działalności praktycznie uniemożliwiało pozyskanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia wiarygodnych i porównywalnych danych o kosztach świadczeń medycznych.

(dowód: akta kontroli str. 1256-1258)

W 2013 r. postępowania konkursowe (główne) prowadzone były dla następujących rodzajów świadczeń: rehabilitacja lecznicza (89 postępowań), leczenie stomatologiczne (215 postępowań), lecznictwo uzdrowiskowe (jedno postępowanie²), podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (35 postępowań).

(dowód: akta kontroli str. 980-999, 1199-1220, 1228a-1230)

W celu sprawdzenia prawidłowości prowadzenia przez Oddział postępowań konkursowych do badania bezpośredniego wybrano losowo po 3 rozstrzygnięte postępowania w rodzaju rehabilitacja lecznicza i leczenie stomatologiczne (razem 6 postępowań konkursowych³). W rezultacie ustalono, że były one prowadzone zgodnie z zasadami określonymi w Zarządzeniu Nr 46/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: „Prezes NFZ”) z dnia 16 września 2011 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oraz w Zarządzeniu Nr 54/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 września 2011 r. w sprawie określenia kryteriów

² W wyniku przeprowadzonego postępowania kontrolnego nr 46/12 z 20 sierpnia 2012 r. stwierdzono, że świadczeniodawca z Dolnego Śląska – obiekt w Szczawnie-Zdroju, nie spełnia wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego (Dz. U. Nr 139, poz. 1136 ze zm.). Decyzją Dyrektora nr 1214/WSM/2012 z dnia 3 października 2012 r. rozwiązano z Uzdrowiskiem Szczawno-Jedlina umowę w zakresie leczenia uzdrowiskowego dzieci w wieku od 3 do 6 lat pod opieką osoby dorosłej. DOW NFZ ogłosił nowe postępowanie konkursowe.

³ Rehabilitacja lecznicza: postępowania numer: 01-13-000264/REH/05/1/05.1310.208.02/1 Fizjoterapia ambulatoryjna, 01-13-000265/REH/05/1/05.1310.208.02/1 Fizjoterapia ambulatoryjna, 01-13-000267/REH/05/1/05.1300.207.02/1 Lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna. Leczenie stomatologiczne: postępowania numer: 01-13-000051/STM/07/1/07.0000.213.02/1 Świadczenia ortodontyczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia., 01-13-000059/STM/07/1/07.0000.221.02/1 Świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia., 01-13-000064/STM/07/1/07.0000.218.02/1 Świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia.

oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.

(dowód: akta kontroli str. 1084-1088, 1143-1148, 1156-1183, 1184-1192, 1199-1220)

Ogółem w ramach przedmiotowych 6 postępowań konkursowych wpłynęło 131 ofert, do części niejawniej postępowania zakwalifikowanych zostało 122 oferentów, a do podpisania umowy wybrano 99 z nich. W każdym z tych postępowań wystąpiły przypadki obniżania ceny przez oferentów w wyniku przeprowadzonych negocjacji w wysokości od 0,95% do 10% ceny zaproponowanej w złożonej ofercie. Cenę obniżyło w sumie 51 (41,8%) oferentów dopuszczonych do części niejawniej postępowania konkursowego. W pięciu z sześciu objętych badaniem postępowaniach obniżenie ceny przez oferentów wpłynęło na zmianę ich pozycji rankingowej. Natomiast w przypadku jednego postępowania pozycja oferentów w rankingu otwarcia nie uległa zmianie w stosunku do rankingu końcowego.

(dowód: akta kontroli str. 1084-1088, 1156-1183, 1184-1192)

W każdym z sześciu postępowań objętych bezpośrednim badaniem kontrolnym wystąpiły także przypadki zmniejszenia, w wyniku negocjacji, liczby jednostek rozliczeniowych w stosunku do złożonych propozycji ofertowych, co wynikało m.in. z oceny potencjału świadczeniodawców przeprowadzonej przez DOW NFZ w trakcie postępowania konkursowego. Komisje konkursowe wykorzystywały także do prowadzenia negocjacji informacje pochodzące z analiz jakościowych wykonywanych świadczeń zdrowotnych oraz kolejek oczekujących u poszczególnych świadczeniodawców.

Ogółem w sześciu postępowaniach objętych kontrolą, 93 oferentów (76,2%) otrzymało po negocjacjach niższą liczbę punktów rozliczeniowych od wnioskowanej. Ilość wynegocjowanych punktów rozliczeniowych wynosiła od 13,1 do 93,7 jednostek rozliczeniowych zaproponowanych w pierwotnie złożonych ofertach. W przypadku 20 oferentów (16,4%) ilość wynegocjowanych punktów nie uległa zmianie w stosunku do złożonej w ofercie. Dziewięciu oferentów po negocjacjach uzyskało zwiększenie liczby jednostek rozliczeniowych w przedziale od 2,0% do 10,0% (wszyscy dokonali obniżenia ceny).

(dowód: akta kontroli str. 1084-1088, 1156-1183, 1184-119, 1265-1266)

Dyrektor DOW NFZ wyjaśniając w sprawie otrzymywania przez oferentów (w wyniku przeprowadzonych negocjacji) niższej liczby jednostek rozliczeniowych od wynikającej ze złożonej oferty – podała, że komisja konkursowa w części niejawniej postępowania może przeprowadzić negocjacje z oferentami w celu ustalenia liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej oraz cen za udzielane świadczenia. Komisja konkursowa w trakcie prowadzonych negocjacji przedstawia oferentom propozycje do negocjacji, przygotowane na podstawie m.in. danych dotyczących: pierwotnej i ostatecznej wysokości kontraktu, wykonania świadczeń w poprzednim okresie rozliczeniowym, pozycji w rankingu, przesunięć między zakresami i rodzajami świadczeń, struktury i zasobów świadczeniodawcy (potencjału)⁴ w kontekście zdolności do wykonania oferowanej liczby świadczeń oraz w odniesieniu do planu zakupu świadczeń. W przypadku braku potencjału wykonawczego oferenta, odpowiadającego liczbie świadczeń określonej w ofercie, komisja określa propozycję niższą od proponowanej, przy uwzględnieniu wartości danego postępowania i zabezpieczeniu dostępu do świadczeń. Biorąc pod uwagę powyższe

⁴ DOW NFZ dokonywał oceny potencjału oferentów na przykład:

- w ramach realizacji świadczeń w rodzaju leczenie stomatologiczne, wartość wynikającą z potencjału wyliczono jako iloczyn liczby godzin pracy lekarzy przedstawionych przez świadczeniodawcę w złożonej ofercie (z założeniem, że liczba godzin pracy jednego lekarza nie może przekroczyć 30 godzin) oraz liczby punktów przypadających na 1 godzinę pracy lekarza, tj. 6000 oraz minimalnej ceny za punkt zaproponowanej w danym postępowaniu konkursowym;
- w ramach realizacji świadczeń zdrowotnych w rodzaju rehabilitacja lecznicza, w zakresie lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna jako potencjał oferty przyjęto liczbę możliwych do udzielenia porad w ramach zadeklarowanej w ofercie liczby godzin pracy lekarzy pomnożoną przez wartość porady (przyjęto 3,5 porady w ciągu godziny w poradni i 2 porady w ciągu godziny w domu pacjenta);

czynnikami, dochodzi do takich sytuacji, że oferenci w wyniku przeprowadzonych negocjacji mogą otrzymać niższą liczbę jednostek rozliczeniowych niż zaproponowana w złożonej ofercie. W przypadku braku potencjału wykonawczego oferenta, odpowiadającego liczbie świadczeń określonej w ofercie, komisja określa propozycję niższą od proponowanej, przy uwzględnieniu wartości danego postępowania i zabezpieczeniu dostępu do świadczeń. Dyrektor DOW NFZ wskazała także, iż komisja konkursowa nie ustalała procentu, o jaki należy zmniejszyć liczbę jednostek rozliczeniowych dla oferentów zakwalifikowanych do negocjacji w danym postępowaniu konkursowym. Oferenci biorą aktywny udział w negocjacjach i niemożliwa jest do przewidzenia ich postawa, a zwłaszcza stopień tzw. usztywnienia negocjacyjnego, dlatego też procent o jaki zmniejszyła się liczba punktów rozliczeniowych w trakcie negocjacji jest różny dla poszczególnych oferentów. W przypadku oferentów, którzy otrzymali taką samą liczbę punktów rozliczeniowych jaką zaproponowali w ofercie, wpływ na to miała złożona przez nich oferta (cena i liczba) w korelacji z przedstawionym potencjałem. W odniesieniu do oferentów, którzy uzyskali ostatecznie większą ilość jednostek rozliczeniowych, Dyrektor DOW NFZ wskazała, że sytuacja taka miała miejsce w wyniku zmniejszenia ceny przez oferenta w trakcie prowadzonych negocjacji. Dyrektor DOW NFZ podała także, iż podczas prowadzonych negocjacji komisja konkursowa każdorazowo informuje oferenta o ilości punktów jakie uzyskuje oferta w poszczególnych kategoriach, miejscu rankingowym oraz o sposobie i warunkach jakie były brane pod uwagę do wyliczenia zaproponowanej liczby punktów.

(dowód: akta kontroli str. 1193-1198, 1199, 1259-1262)

Podczas prowadzenia postępowań konkursowych na 2013 r. (postępowania główne) DOW NFZ przeprowadził ogółem 484 kontrole, w tym 28 kontroli w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej – świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (POZNPL), 372 kontrole leczenia stomatologicznego (STM) i 84 kontrole rehabilitacji leczniczej (REH). Badaniem bezpośrednim w trakcie niniejszej kontroli objęto 27 postępowań kontrolnych, tj. 5,6% ogółu przeprowadzonych przez Oddział kontroli⁵. W 17 z tych postępowań DOW NFZ nie stwierdził rozbieżności między stanem faktycznym, a deklarowanym stanem wyposażenia i kwalifikacji personelu. Natomiast w przypadku pozostałych dziesięciu postępowań kontrolnych:

- w pięciu stwierdzono błędy w numerach seryjnych sprzętu lub brak wykazania numeru seryjnego sprzętu (oferenci zobowiązali się, w przypadku zawarcia umowy, do złożenia korekty za pomocą wniosku portalowego),
- w jednym nie okazano zadeklarowanego sprzętu (wstrząsarka do amalgamatu), oferent złożył stosowne oświadczenie,
- w dwóch ujawniono braki formalne dotyczące zatrudnienia personelu wykazanego w ofercie (wymagane dokumenty zostały przedłożone do DOW NFZ w wyznaczonym terminie),
- w jednym oferent wykazał w ofercie, że posiada ważny certyfikat ISO, co było niezgodne ze stanem faktycznym. W trakcie kontroli złożył wniosek o zmianę odpowiedzi ofertowej z TAK na NIE,
- w jednej stwierdzono brak poręczy i uchwytów dla osób niepełnosprawnych w toaletach.

(dowód: akta kontroli str. 1149-1152, 1153-1154)

W trakcie prowadzonych postępowań konkursowych DOW NFZ nie zawiadamiał organów ścigania o podejrzeniu popełnienia wykroczenia w przypadkach, gdy komisja konkursowa stwierdziła rozbieżności między stanem faktycznym, a deklarowanym stanem wyposażenia i kwalifikacji personelu. Zgodnie z art. 193 pkt 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁶ (dalej „ustawa o świadczeniach”), kto w ofercie złożonej w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy

⁵ Postępowania zostały wybrane w sposób losowy.

⁶ Dz. U. z 2008 r., poz. 1027 ze zm.

o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Fundusz podaje nieprawdziwe informacje i dane, podlega karze grzywny.

(dowód: akta kontroli str. 1149-1152, 1153-1154)

W wyjaśnieniach Dyrektor DOW NFZ podała, że nie sporządzano wniosków o ukaranie oferentów, u których podczas kontroli komisja konkursowa stwierdziła rozbieżności między stanem faktycznym i deklarowanym stanem wyposażenia oraz kwalifikacji personelu, gdyż np. w przypadku świadczeniodawcy niespełniającego wymogów lokalowych, tj. braku poręczy i uchwyty dla osób niepełnosprawnych w toaletach, było to podstawą do odrzucenia oferty, w związku z powyższym art. 193 *ustawy o świadczeniach* nie znajdował w tym wypadku zastosowania, a w pozostałych przypadkach braki zostały uzupełnione przez oferentów w wyznaczonych przez DOW NFZ terminach.

(dowód: akta kontroli str. 1263-1264)

DOW NFZ nie prowadził postępowań konkursowych na 2013 r. na podstawie art. 161b *ustawy o świadczeniach*, nie wystąpiły przypadki zawarcia umowy ze świadczeniodawcami, którzy nie spełnili wymaganych warunków, nie zawarto umów warunkowych na okres jednego roku. W 2013 r. przeprowadzono natomiast 140 postępowań uzupełniających do postępowań głównych na świadczenie usług medycznych, w tym w rodzaju: leczenie stomatologiczne (69 postępowań), leczenie szpitalne (29), ambulatoryjna opieka specjalistyczna (17), rehabilitacja lecznicza (11), opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (9), podstawowa opieka zdrowotna (3), świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze (1), świadczenia kontraktowane odrębnie (1). Spośród przedmiotowych postępowań uzupełniających w 25 przypadkach inicjatywa ich wszczęcia należała do świadczeniodawców, a w 115 przypadkach do DOW NFZ, w tym w czterech przypadkach wszczęto je po odwołaniu uznanym przez Prezesa NFZ. W wyniku przeprowadzenia 25 postępowań wszczętych z inicjatywy świadczeniodawców, podpisano umowy z 13 podmiotami (24 oferty).

(dowód: akta kontroli str. 1031-1042)

Podczas procesu kontraktowania świadczeń na 2013 r., Dyrektor DOW NFZ wyraził, w drodze czterech zarządzeń, zgody na odstąpienie od stosowania procedury konkursu ofert lub rokowań, prowadzonych na podstawie *ustawy o świadczeniach*. Dotyczyło to: zarządzenia nr 323/2012 (zgoda dla pięciu ofert w postępowaniu w rodzaju REH), zarządzenia nr 337/2012 (zgoda dla trzech ofert w postępowaniu w rodzaju STM), zarządzenia nr 344/2012 (zgoda dla czterech ofert w postępowaniu w rodzaju POZ), zarządzenie nr 347/2012 (zgoda dla 2 ofert w postępowaniu w rodzaju STM). O odstąpieniach tych został poinformowany Prezes NFZ. Odstąpienia dotyczyły punktu 3.1.4.5 Procedury – sprawdzenia, tj. czy forma elektroniczna oferty jest zgodna z wersją papierową. Powodem odstąpienia był brak możliwości zeskanowania kodu kreskowego znajdującego się na stronach przedmiotowych ofert, ze względu na złą jakość jego wydruku. Oferty zostały sprawdzone ręcznie, w jednym przypadku odrzucono ofertę, w pozostałych 13 wersja papierowa oferty była zgodna z elektroniczną.

(dowód: akta kontroli str. 1012-1030)

W 2013 r. wartość zawartych umów (wraz z ugodami), przypadających na jednego ubezpieczonego, wynosiła w Oddziale 1 831,97 zł (wzrost o 1,4% w porównaniu z 2012 r.), a wartość zrealizowanych świadczeń na jednego ubezpieczonego – 1 786,90 zł (wzrost o 2,0% w porównaniu z 2012 r.).

W 2013 r. na leczenie pacjentów spoza regionu DOW NFZ wydatkował 322 315,40 tys. zł, co stanowiło 6,9% z 4 685 518,80 tys. zł ogółem wydatkowanych środków. W 2012 r. na ten sam cel wydatkowano 309 560,06 tys. zł, tj. 6,8% z 4.546.303,87 tys. zł ogółem wydatkowanych środków.

(dowód: akta kontroli str. 11-12, 48, 112)

Terminy ogłoszenia i rozstrzygnięcia postępowań konkursowych (głównych) na 2013 r. przedstawiały się następująco: POZNPL – kontraktowanie rozpoczęto w dniu 23 listopada 2012 r., zakończono 31 grudnia 2012 r., oraz odpowiednio: REH – 12 listopada 2012 r. i 28 grudnia 2012 r., STM – 10 listopada 2012 r. i 31 grudnia 2012 r., UZD (lecznictwo uzdrowskawe w zakresie uzdrowskowego leczenia sanatoryjnego dzieci w wieku od 3 do 6 lat pod opieką dorosłych) – 28 marca 2013 r. i 19 kwietnia 2013 r.⁷. Wszystkie konkursy na 2013 r., prowadzone w ramach postępowań głównych, zostały rozstrzygnięte zgodnie z terminami określonymi w zarządzeniach Dyrektora DOW NFZ. Niemniej Dyrektor DOW NFZ stwierdziła, że czas jaki był do dyspozycji Oddziału nie był wystarczający do sprawnego przeprowadzenia procesu kontraktowania świadczeń zdrowotnych na 2013 r., szczególnie w tych rodzajach świadczeń, gdzie liczba ogłaszanych postępowań, a także liczba potencjalnych oferentów jest duża (STM, REH). Według Dyrektora Oddziału, aby kontraktowanie przebiegało zgodnie z obowiązującymi zasadami i zabezpieczało ciągłość udzielania świadczeń od dnia 1 stycznia 2013 r., powoływano w skład komisji kolejnych pracowników Oddziału (łącznie z pracownikami delegatur DOW NFZ). Duża liczba ofert do oceny, konieczność wykonania kontroli oferowanych miejsc udzielania świadczeń i prowadzenia z oferentami negocjacji, stanowiła przesłankę do zlecenia członkom komisji konkursowych pracy w nadgodzinach, pomimo dokonanego poszerzenia składu komisji.

(dowód: akta kontroli str. 980-999, 1001, 1041-1043, 1235-1246)

DOW NFZ ogłaszał postępowania konkursowe niezwłocznie po opublikowaniu aplikacji konkursowej przez Centralę NFZ. Oddział nie korespondował z Centralą NFZ w sprawie terminu opublikowania szablonów postępowań na 2013 r.

Podczas kontraktowania (w ramach postępowań głównych) świadczeń medycznych na 2013 r. w rodzaju STM, REH oraz UZD, Centrala NFZ udostępniła aplikacje konkursowe dla świadczeniodawców w dniu 9 listopada 2012 r. Podczas kontraktowania świadczeń w rodzaju UZD, postępowanie ogłoszono 28 marca 2013 r.⁸.

Centrala NFZ, podczas kontraktowania POZNPL, dwa razy udostępniła aplikacje konkursowe, tj. w dniu 6 listopada 2012 r. oraz w dniu 22 listopada 2012 r. Zmiana była następstwem publikacji w dniu 22 listopada 2012 r. na stronie internetowej Centrali NFZ, Zarządzenia Nr 81/2012/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 21 listopada 2012 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej oraz Zarządzenia 82/2012/DZOZ Prezesa NFZ z dnia 21 listopada 2012 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju POZNPL. W związku z powyższymi zmianami Dyrektor DOW NFZ, odwołał konkursy ofert w rodzaju POZNPL, ogłoszone 7 i 9 listopada 2012 r. Nowy konkurs ogłoszono 23 listopada 2012 r. z terminem rozstrzygnięcia w dniu 21 grudnia 2012 r.

(dowód: akta kontroli str. 902-904, 947)

Podczas kontraktowania świadczeń na 2013 r. wystąpiły problemy z aplikacjami informatycznymi. DOW NFZ zgłosił ogółem 44 błędy do firmy informatycznej obsługującej system informatyczny Narodowego Funduszu Zdrowia. Błędy te dotyczyły m.in.:

- braku zakresu skojarzonego w wygenerowanych plikach definicji do ogłoszonych postępowań konkursowych w rodzaju leczenie szpitalne – programy zdrowotne (lekowe), co uniemożliwiało sporządzenie przez świadczeniodawców prawidłowych formularzy ofert z zakresem podstawowym i skojarzonym (zgłoszenie z 13 maja 2013 r.),
- błędnego funkcjonowania aplikacji konkurs 3.exe (zgłoszenie z 18 stycznia 2013 r.),

⁷ UZD – umowy wieloletnie obowiązywały od 1 stycznia 2011 r. do 31 grudnia 2013 r. Konkurs główny prowadzono tylko dla zakresu Uzdrawiskowe Leczenie Sanatoryjne dzieci w wieku od 3 do 6 lat pod opieką dorosłych.

⁸ Opisano w punkcie 1.1 wystąpienia pokontrolnego.

- drukowania pustych lub wypełnionych danymi formularzy, które trudno było zidentyfikować lub przypisać do konkretnej sytuacji (zgłoszenie z 21 listopada 2012 r.),
- braku części IV, zawierającej szczegóły oferty, w wydrukach oferty (zgłoszenie z dnia 7 grudnia 2012 r.),
- braku zasobów na poziomie danych wczytanych do oferty (zgłoszenie z 10 grudnia 2012 r.),
- niezgodności kwoty i liczby punktów pomiędzy wydrukiem oferty w wersji papierowej, a wersją elektroniczną złożonej oferty, przekazaną na płycie (zgłoszenie z 20 grudnia 2012 r.).

(dowód: akta kontroli str. 902-945, 948-961, 962-979)

Podczas kontraktowania świadczeń na 2013 r. przeprowadzono ogółem 434 konkursy (postępowania główne i uzupełniające), w trakcie których złożono ogółem 1860 ofert. W całości odrzuconych zostało 176 ofert, a w części sześć. Odrzucenie ofert nastąpiło z powodu niespełnienia, wymaganych przepisami prawa, warunków wykonywania świadczeń. Oferenci złożyli ogółem 93 protesty, z czego 17 uwzględniono. Liczba ofert zakwalifikowanych do części niejawnego postępowania konkursowego wyniosła łącznie 1701, z czego wybrano 1381 (81,2%). Przyczyną niewybrania (do podpisania umowy) 320 ofert, zakwalifikowanych do części niejawnego postępowania, było:

- w 317 (99,1%) przypadkach: niższe w stosunku do pozostałych ofert miejsce w rankingu końcowym, uzyskanie przez oferentów niewystarczającej liczby punktów, wyczerpanie środków finansowych, które w danym postępowaniu DOW NFZ przeznaczył na świadczenia zdrowotne;
- w trzech przypadkach niewynegocjowanie przez DOW NFZ wspólnego stanowiska ze świadczeniodawcą.

Od wyniku postępowania odwołało się ogółem 144 oferentów, jako przyczynę wskazując: niewybranie oferty – 107 przypadków, odrzucenie oferty – 34 przypadki, odwołanie od wartości kontraktu – 3 przypadki. Uwzględniono w sumie 17 odwołań.

(dowód: akta kontroli str. 1002-1011, 1045-1052, 1053-1063, 1064-1077, 1078-1083)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zauważa, iż DOW NFZ nie prowadził szczegółowych analiz kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, w zakresie niezbędnym do prawidłowego zawierania umów, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 1 ustawy o świadczeniach, ze względu – jak wyjaśniano – na brak przepisów wykonawczych, które określałyby sposób zbierania informacji w tym zakresie. Brak takich analiz nie pozwalał na zakup przez Oddział świadczeń zdrowotnych po cenach odpowiadających rzeczywistym kosztom ich wytworzenia i udzielenia przez świadczeniodawców.

DOW NFZ winien korzystać z instrumentów prawnych dostępnych w oparciu o art. 193 pkt 7 ustawy o świadczeniach, tj. z kierowania do sądu wniosków o ukaranie w przypadkach podawania w ofertach, złożonych w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej przez Fundusz, nieprawdziwych informacji i danych.

(dowód: akta kontroli str. 87-88, 644-667, 902-904, 1246a-1255, 902-945, 948-979)

1.2. Zapewnienie równego dostępu do świadczeń zdrowotnych

Dostępność terytorialna do świadczeń zdrowotnych w 2013 r.

Opis stanu
faktycznego

Oddział zabezpieczył dostęp do świadczeń zdrowotnych w 2013 r. w podziale na obszar gminy, powiatu, grup powiatów lub województwa. Przyjmując dany obszar kontraktowania brano pod uwagę zapotrzebowanie świadczeniodawców oraz informację o potencjale i zasobach świadczeń zdrowotnych na danym terenie. Ustalając obszar kontraktowania posługiwano się danymi historycznymi (uprzednio zawartymi umowami), kierując się zasadą, że dla ¾ takiego obszaru istniał potencjał wykonawczy, tj. funkcjonowały podmioty lecznicze mogące udzielać świadczenia zdrowotnego. Obszar województwo planowano

w przypadku, kiedy maksymalnie w ½ grup powiatów funkcjonowały podmioty lecznicze mogące udzielać tego typu świadczenia.

Analiza wybranych świadczeń wykazała, że w podziale na gminy zabezpieczono dostęp do świadczeń zdrowotnych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna oraz do świadczeń ogólnostomatologicznych. W podziale na powiaty zabezpieczono dostęp do świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia, zaś w podziale na grupy powiatów⁹ dostęp do świadczeń rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym, świadczeń w zakresie endokrynologii, świadczeń ortodoncji dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia, protetyki stomatologicznej, chirurgii stomatologicznej i periodontologii, stomatologicznej pomocy doraźnej, świadczeń w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne (PRO) w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy (etap pogłębionej diagnostyki i etap diagnostyczny), profilaktyki raka piersi (etap podstawowy w pracowni stacjonarnej, etap podstawowy w pracowni mobilnej, etap pogłębionej diagnostyki), profilaktyki chorób odżywczych (etap podstawowy), programu badań prenatalnych.

Województwo było natomiast obszarem kontraktowania dla świadczeń w zakresie rehabilitacji pulmonologicznej, świadczeń w dziedzinie protetyki stomatologicznej dla osób po chirurgicznym leczeniu nowotworów w obrębie twarzoczaszki, świadczeń ogólnostomatologicznych ze znieczuleniem ogólnym (07.0000.219.02), stomatologicznego leczenia pacjentów z grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych, w tym chorych na AIDS (07.0000.311.02), programu ortodontycznej opieki nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki (07.1820.152.10), programu profilaktyki chorób odżywczych – etap specjalistyczny (10.0000.163.02).

W porównaniu do 2012 r. DOW NFZ zmienił obszary kontraktowe w rodzaju ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) z obszaru województwa na obszar grupy powiatów (dla 15 zakresów świadczeń zdrowotnych), oraz z obszaru grupy powiatów na obszar powiatu (dla trzech zakresów świadczeń zdrowotnych). Celem przyjęcia mniejszych obszarów kontraktowych było dążenie do zapewnienia ubezpieczonym optymalnej dostępności do świadczeń zdrowotnych.

(dowód: akta kontroli str. 117-124, 225-235, 500-643)

W 2013 r. na terenie działania DOW NFZ występowały tzw. „białe plamy”, tzn. obszary w których nie była udzielana część świadczeń zdrowotnych. Dotyczyło to świadczeń: w rodzaju AOS w zakresie badań echokardiograficznych płodu (02.7210.172.02); w rodzaju REH w zakresie rehabilitacji wzroku (05.2300.024.02) oraz rehabilitacji pulmonologicznej z wykorzystaniem metod subterraneoterapii w ośrodku/oddziale dziennym (05.2300.025.02); w rodzaju świadczenia pielęgnacyjnego i opiekuńczego w ramach opieki długoterminowej w zakresie świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym/opiekuńczo-leczniczym dla dzieci wentylowanych mechanicznie (14.5171.027.04). Przyczyną powyższego był brak oferentów zainteresowanych udzielaniem świadczeń w powyższych zakresach w ramach umowy z NFZ. W zakresie 05.2300.025.02 (rehabilitacja pulmonologiczna z wykorzystaniem metod subterraneoterapii), liczba oferentów była dodatkowo ograniczona ze względu na wymogi, co do pomieszczeń przeznaczonych do prowadzenia rehabilitacji (naturalny mikroklimat dla metod subterraneoterapii wykonywanej nie mniej niż w dwóch pomieszczeniach).

DOW NFZ nie posiadał rozeznania o skali potrzeb mieszkańców województwa dolnośląskiego na świadczenia zdrowotne, na których realizację nie zawarł umów z powodu braku świadczeniodawców zainteresowanych ich wykonywaniem. DOW NFZ posiadał

⁹ Jeleniogórski (ludność – 434.937 osób) – powiat: bolesławiecki, lubański, lwówecki, zgorzelecki, jeleniogórski, m. Jelenia Góra; legnicki (ludność – 550.849 osób) – powiat: głogowski, górowski, jaworski, lubiński, polkowicki, zlotoryjski, legnicki, m. Legnica; wałbrzyski (ludność – 721.442 osób) – powiat: dzierżoniowski, kamiennogórski, kłodzki, świdnicki, wałbrzyski, ząbkowicki, m. Wałbrzych i wrocławski (ludność – 1.203.817 osób) – powiat: milicki, oleśnicki, oławski, strzeliński, średzki, trzebnicki, wołowski, wrocławski, m. Wrocław.

natomiast informację o przypadkach korzystania w innych Oddziałach NFZ ze świadczeń niedostępnych na terenie województwa dolnośląskiego. Przykładowo, wartość świadczeń udzielonych w I półroczu 2012 r. przez inne Oddziały NFZ pacjentom z terenu województwa dolnośląskiego w zakresie badań echokardiograficznych płodu wyniosła ok. 15 tys. zł, a rehabilitacji pulmonologicznej z wykorzystaniem metod subterraneoterapii w ośrodku/oddziale dziennym ok. 9,5 tys. zł. W I półroczu 2012 r. nikt z pacjentów z Dolnego Śląska nie korzystał w ramach NFZ (w i poza granicami województwa dolnośląskiego) ze świadczenia w zakresie rehabilitacji wzroku.

W części przyjętych obszarów kontraktowych nie udzielano świadczeń zdrowotnych w: 14 zakresach w rodzaju AOS¹⁰, pięciu zakresach w rodzaju SZP¹¹, pięciu zakresach w rodzaju REH¹², jednym zakresie w rodzaju STM¹³, jednym zakresie w rodzaju SOK¹⁴, trzech zakresach w rodzaju PRO¹⁵. Przyczyną braku zapewnienia dostępności do świadczeń w rodzaju SZP był brak podmiotu leczniczego, spełniającego warunki wymagane do realizacji przedmiotowych świadczeń w obszarze kontraktowania oraz brak środków finansowych na zakontraktowanie świadczeń w zakresie gastroenterologia (hospitalizacja) w obszarze powiatów grupy jeleniogórskiej. W rodzaju AOS, REH, STM i SOK powodem był natomiast brak oferentów zainteresowanych udzielaniem świadczeń w ramach umowy z NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 158-161, 225-235, 500-643)

W celu zapewnienia dostępności do świadczeń na terenach, gdzie na dzień 1 stycznia 2013 r. występowały tzw. „białe plamy”, Oddział – po uzyskaniu informacji od oferentów zainteresowanych realizacją w powiecie lwóweckim świadczeń w zakresie diabetologii, kardiologii i urologii oraz na obszarze grupy powiatów regionu jeleniogórskiego w zakresie rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym – ogłosił postępowania w trybie konkursu ofert, co skutkowało zawarciem stosownych umów na 2013 r.

(dowód: akta kontroli str. 230-234)

¹⁰ [1] kompleksowa ambulatoryjna opieka specjalistyczna nad pacjentem z cukrzycą (02.1020.002.01) – region legnicki, [2] świadczenia w zakresie alergologii (02.1010.001.02) – powiat bolesławiecki, lwówecki, milicki, złotoryjski, [3] świadczenia w zakresie diabetologii (02.1020.001.02) – powiat jeleniogórski, lubański, milicki, [4] świadczenia w zakresie ginekologii dla dziewcząt (02.1453.001.02) – region wałbrzyski i legnicki, [5] świadczenia w zakresie gruźlicy i chorób płuc (02.1270.001.02) – powiat górski, lubański, lwówecki, legnicki, milicki, średzki, trzebnicki, [6] świadczenia w zakresie kardiologii (02.1100.001.02) – powiat lubański, [7] świadczenia w zakresie kardiologii dziecięcej (02.1101.001.02) – region jeleniogórski, [8] świadczenia w zakresie leczenia osteoporozy (02.1584.001.02) – region wałbrzyski, [9] świadczenia w zakresie leczenia wad postawy u dzieci i młodzieży (02.1583.001.02) – region jeleniogórski, [10] świadczenia w zakresie leczenia zezu (02.1604.001.02) – region jeleniogórski, [11] świadczenia w zakresie otolaryngologii dziecięcej (02.1611.001.02) – region jeleniogórski, [12] świadczenia w zakresie preluksacji (02.1587.001.02) – region jeleniogórski, [13] świadczenia w zakresie reumatologii (02.1280.001.02) – powiat legnicki i trzebnicki, [14] świadczenia w zakresie urologii (02.1640.001.02) – powiat jeleniogórski, kamiennogórski, lubański, polkowicki, wrocławski.

¹¹ [1] gastroenterologia-hospitalizacja (03.4050.030.02) – powiaty grupy jeleniogórskiej; [2] anestezjologia i intensywna terapia II poziom referencyjny-hospitalizacja (03.4260.050.02) – powiaty grupy legnickiej; [3] ginekologia-zespół chirurgii jednego dnia (03.4450.032.02) – powiaty grupy wałbrzyskiej; [4] teleradioterapia (03.0000.103.02) i [5] brachyterapia (03.0000.104.02) – powiaty grupy legnickiej.

¹² [1] lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna (05.1300.207.02) – powiat jaworski, legnicki, [2] rehabilitacja słuchu i mowy (05.2300.023.02) – powiaty grupy wałbrzyskiej i jeleniogórskiej, [3] rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych (05.4308.300.02) – powiaty grupy legnickiej, [4] rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym (05.2300.021.02) – powiaty grupy jeleniogórskiej, [5] rehabilitacja kardiologiczna w ośrodku/oddziale dziennym (05.2300.026.02) – powiaty grupy wałbrzyskiej, jeleniogórskiej.

¹³ Świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia – powiat kamiennogórski.

¹⁴ Djalizoterapia otrzewnowa (11.4132.001.02) – powiaty grupy jeleniogórskiej.

¹⁵ [1] program profilaktyki raka szyjki macicy – etap pogłębionej diagnostyki – powiat glogowski, górski, jaworski, legnicki, lubiński, polkowicki, złotoryjski, m. Legnica; [2] program profilaktyki raka piersi – etap pogłębionej diagnostyki – powiat bolesławiecki, jeleniogórski, lubański, lwówecki, zgorzelecki, m. Jelenia Góra, [3] program badań prenatalnych – powiat dzierżoniowski, kamiennogórski, kłodzki, świdnicki, wałbrzyski, ząbkowicki, m. Wałbrzych.

Zaprzestanie udzielania świadczeń

W 2013 r. ze świadczeniodawcami rozwiązano 41 umów w 29 zakresach świadczeń zdrowotnych, tj. m.in.: świadczeń ogólnostomatologicznych; ortodoncji dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia; chirurgii stomatologicznej i periodontologii; stomatologicznej pomocy doraźnej; lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej; fizjoterapii ambulatoryjnej; kardiologii, położnictwa i ginekologii, neurologii; lekarza, pielęgniarki i położnej POZ; pielęgniarki szkolnej; świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym/opiekuńczo-leczniczym dla dzieci i młodzieży. Przyczyną zaprzestania udzielania świadczeń było: ogłoszenie upadłości świadczeniodawcy, utrata uprawnień koniecznych do ich realizacji w zakresie personelu i sprzętu, brak zainteresowania ze strony pacjentów zakresem świadczonych usług, wypowiedzenie umowy przez świadczeniodawcę bez wskazania przyczyny lub rozwiązanie umowy przez DOW NFZ z powodu złożenia przez oferenta nieprawdziwych danych w ofercie. Wartość świadczeń niewykonanych w 2013 r. w związku z rozwiązaniem umów na ich realizację wynosiła 3.096,8 tys. zł.

Informację o możliwości kontynuacji leczenia u innych świadczeniodawców pacjenci mogli uzyskać ze strony internetowej www.nfz-wroclaw.pl, w zakładce „Gdzie się leczyć”.

(dowód: akta kontroli str. 15-18, 162-166, 295-304)

Udzielanie świadczeń w zakresie chemioterapii

W badanym okresie w rodzaju SZP zawartych było 15 umów na realizację świadczeń w zakresie chemioterapii, a ich łączna wartość stanowiła kwotę 108 410 tys. zł, wyższą o 2 446,6 tys. zł niż w 2012 r. (105 963,4 tys. zł). W stosunku do 2012 r., zakontraktowana liczba jednostek rozliczeniowych zwiększyła się natomiast z 23.011.765 do 39.378.907. Zakontraktowane na 2013 r. świadczenia zrealizowano w kwocie 103 083,6 tys. zł, stanowiącej 95,1% planu oraz 97,3% wartości świadczeń wykonanych w 2012 r. Na koniec okresu rozliczeniowego odnotowano nadwykonania na kwotę 20,5 tys. zł oraz niedowyożonania na kwotę 5 326,4 tys. zł. Największe niedowyożonania wystąpiły w przypadku substancji czynnych w chemioterapii: hospitalizacja z zakresem skojarzonym (03.0001.113.02) w kwocie 2 654,6 tys. zł, w warunkach ambulatoryjnych z zakresem skojarzonym (03.0001.111.02) w kwocie 1 000,5 tys. zł oraz w trybie jednodniowym z zakresem skojarzonym (03.0001.112.02) w kwocie 595,7 tys. zł. Niedowyożonania w zakresie chemioterapii – hospitalizacja z zakresem skojarzonym (03.0000.113.02) wyniosły 659,9 tys. zł. Jako przyczynę niepełnego wykonania kontraktów, Dyrektor DOW NFZ wskazała niedowyożonania w zakresie substancji lekowych.

(dowód: akta kontroli str. 167-169, 170-173, 225-235)

Ustalono
nieprawidłowości

1. W 2013 r. w stosunku do 2012 r. zmniejszyła się dostępność do świadczeń zdrowotnych w zakresie: ortodoncji dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia, protezyki stomatologicznej, świadczeń ogólnostomatologicznych dla dorosłych oraz dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia, stomatologicznej pomocy doraźnej, programu profilaktyki chorób odtytoniowych – etap podstawowy i specjalistyczny. Przykładowo, w przypadku świadczeń zdrowotnych w zakresie:

- ortodoncji dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia, zmniejszyła się z 6.074.844 do 5.833.453 ilość punktów rozliczeniowych (mimo zwiększenia liczby świadczeniodawców z 38 do 40) dla powiatu milickiego, oleśnickiego, oławskiego, strzelińskiego, średzkiego, trzebnickiego, wołowskiego, wrocławskiego i m. Wrocławia, natomiast ogółem w województwie ich ilość spadła z 10.364.993 do 9.900.909;
- programu profilaktyki chorób odtytoniowych (etap podstawowy) – zmniejszyła się ilość punktów rozliczeniowych: dla powiatu bolesławieckiego, jeleniogórskiego, lubańskiego, lwóweckiego, zgorzeleckiego, m. Jelenia Góra z 708 do 210 (liczba świadczeniodawców spadła z trzech do jednego); dla powiatu głogowskiego, górowskiego, jaworskiego, legnickiego, lubińskiego, polkowickiego, złotoryjskiego, m. Legnicy z 2000 do 104; dla powiatu dzierżoniowskiego, kamiennogórskiego,

kłodzkiego, świdnickiego, wałbrzyskiego, ząbkowickiego, m. Wałbrzycha z 2.105 do 1.040; dla powiatu milickiego, oleśnickiego, oławskiego, strzebińskiego, średzkiego, trzebnickiego, wołowskiego, wrocławskiego, m. Wrocławia z 1.498 do 547 (liczb świadczeniodawców spadła z 6 do 2), natomiast ogółem w województwie liczba punktów rozliczeniowych uległa zmniejszeniu z 6 311 do 1 901;

- programu profilaktyki raka szyjki macicy (etap diagnostyczny) – zmniejszyła się ilość punktów rozliczeniowych dla powiatu bolesławieckiego, jeleniogórskiego, lubańskiego, lwóweckiego, zgorzeleckiego i m. Jelenia Góra z 4 254 do 2 229, natomiast ogółem w województwie liczba punktów rozliczeniowych uległa zmniejszeniu z 172 236 do 164 776.

Powodem ograniczenia w 2013 r. dostępności do ww. świadczeń zdrowotnych było m.in. zmniejszenie liczby miejsc ich udzielania, przyjęcie w trakcie negocjacji niższej wartości świadczeń, brak podstawy zwiększenia kontraktu w związku z mniejszym jego wykonaniem w roku poprzednim lub rozwiązanie umów w trakcie roku kontraktowego, np. z uwagi na wyrównywanie dostępności pomiędzy poszczególnymi obszarami kontraktowania (nakłady na region wrocławski znacznie przekraczały nakłady na każdy z pozostałych regionów), a także nie zawarcie umów z podmiotami udzielającymi w 2012 r. świadczeń na obszarze innym niż zapotrzebowany (np. świadczenia ogólnostomatologiczne w m. Złotoryja, zamiast w gm. Złotoryja).

(dowód: akta kontroli str. 117-124, 125-132, 133-157, 158-161, 237-248)

2. W 2013 r. w porównaniu do 2012 r. zwiększyła się liczba osób oczekujących na przyjęcie na oddział onkologiczny, bo z 5 do 24 w przypadkach stabilnych i z 22 do 24 w przypadkach pilnych, a także na oddział onkologii klinicznej/chemioterapii, bo z 151 do 182 w przypadkach stabilnych i z 0 do 63 w przypadkach pilnych. Wzrosła także liczba osób oczekujących do poradni onkologicznej z 308 do 1006 w przypadkach stabilnych.

(dowód: akta kontroli str. 207-218)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

W 2013 r. na obszarze województwa dolnośląskiego nadal nie były dostępne świadczenia w rodzaju AOS w zakresie badań echokardiograficznych płodu (02.7210.172.02), w rodzaju REH w zakresie rehabilitacji wzroku (05.2300.024.02) oraz rehabilitacji pulmonologicznej z wykorzystaniem metod subterraneoterapii w ośrodku/oddziale dziennym (05.2300.025.02). Brak możliwości realizacji tych świadczeń na terenie działania Oddziału, zmuszał mieszkańców województwa dolnośląskiego do ich poszukiwania w innych Oddziałach Funduszu. Działania DOW NFZ na rzecz zapewnienia dostępności do powyższych świadczeń ograniczały się do ogłaszania postępowań konkursowych na ich wykonywanie oraz ich unieważniania z powodu braku ofert. Nie udzielano również świadczeń w części przyjętych obszarów kontraktowych w wymiarze od jednego do 14 zakresów w rodzaju AOS, SZP, REH, STM, SOK i PRO. W ocenie NIK wskazane byłoby oszacowanie przez Oddział potrzeb na świadczenia niedostępne na terenie województwa dolnośląskiego i podjęcie działań mających na celu przekonanie/zachęcenie funkcjonujących na rynku świadczeniodawców do rozszerzenia o te świadczenia zakresu udzielanej opieki zdrowotnej.

(dowód: akta kontroli str. 158-161, 225-235, 500-643)

1.2.1. Czas oczekiwania na wybrane rodzaje świadczeń i kolejki oczekujących

Opis stanu
faktycznego

Kontrola dziesięciu wybranych zakresów świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju AOS i LSZ pod kątem czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej¹⁶, wykazała na

¹⁶ Kontroli poddano: leczenie szpitalne (SZP) – oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej, oddział otolaryngologiczny, oddział kardiologiczny, oddział nefrologiczny, procedury medyczne z zakresu chirurgii urazowo-ortopedycznej realizowane na oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznych, procedury medyczne z zakresu kardiologii realizowane na oddziałach kardiologicznych oraz ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS) – poradnia okulistyczna, poradnia kardiologiczna, poradnia neurologiczna, poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej).

koniec 2013 r. (w porównaniu do stanu z końca 2012 r.) zwiększenie we wszystkich analizowanych zakresach świadczeń zdrowotnych zarówno liczby osób oczekujących na ich wykonanie, jak i wydłużenie średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na świadczenie. Na przykład:

- w poradni okulistycznej (przypadek stabilny) liczba oczekujących zwiększyła się z 39 464 osób na koniec 2012 r. do 50 399 osób na koniec 2013 r. (o 27,7%), a średni rzeczywisty czas oczekiwania z 22 dni do 31 dni (wartość mediany czasu oczekiwania), tj. o 32,2%), oraz z 42 do 58 dni (wartość kwartyla trzeciego czasu oczekiwania), (tj. o 27,6%);
- w oddziałach otolaryngologicznych (przypadek stabilny) odnotowano wzrost liczby oczekujących z 7 103 do 10 235 osób (o 44,1%), a także średniego rzeczywistego czasu oczekiwania ze 100 do 124,5 dni (wartość mediany czasu oczekiwania), tj. o 24,5%), oraz ze 129 do 150 dni (wartość kwartyla trzeciego czasu oczekiwania, tj. o 16,3%).

(dowód: akta kontroli str. 22-23)

Jednocześnie wartość zawartych kontraktów oraz ilość realizowanych jednostek rozliczeniowych kształtowała się w 2012 r. i w 2013 r. na porównywalnym poziomie. W 2013 r. w stosunku do 2012 r. dla świadczeń w rodzaju AOS wyższa była: o 1,4% wysokość zawartych kontraktów, o 1,3% wykonanie kontraktów oraz o 3,0% ilość jednostek rozliczeniowych¹⁷. W 2013 r. w porównaniu z 2012 r. dla świadczeń w rodzaju LSZ wyższa była: o 3,6% wysokość zawartych kontraktów, o 4,8% liczba jednostek rozliczeniowych i o 2,4% wykonanie kontraktów¹⁸.

(dowód: akta kontroli str. 9-10, 48)

W 2013 r. sprawozdania o czasie oczekiwania na udzielenie świadczeń składało średniomiesięcznie 1302 świadczeniodawców w rodzaju AOS oraz 73 w rodzaju SZP. Pomimo działań podejmowanych przez DOW NFZ w celu zdyscyplinowania świadczeniodawców do terminowego i rzetelnego składania sprawozdań, dotyczących kolejek oczekujących i średniego czasu oczekiwania na świadczenie¹⁹, liczba świadczeniodawców, którzy w 2013 r. złożyli sprawozdania w rodzaju AOS terminowo wynosiła 65,8%, nieterminowo 32,6%, a pozostałe 1,6% świadczeniodawców nie złożyło takich sprawozdań. W przypadku świadczeń w rodzaju SZP terminowo sprawozdania złożyło 49,4% świadczeniodawców, nieterminowo 49,8%, a nie złożyło 0,8%.

(dowód: akta kontroli str. 21, 738-739, 748-756, 758-769, 892-901)

Do terminowego składania sprawozdań o świadczeniach zdrowotnych zobowiązywały świadczeniodawców postanowienia *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych*²⁰. Nieterminowe składanie sprawozdań, składanie sprawozdań nierzetelnych

¹⁷ Wartość zawartych kontraktów na świadczenia opieki zdrowotnej w 2013 r. w rodzaju AOS wynosiła 396.829,36 zł, liczba jednostek rozliczeniowych 44.179.323, liczba zawartych umów 708, wykonanie kontraktów w 2013 r. wynosiło ogółem 371.795,94 tys. zł. Wartość zawartych kontraktów na 2012 r. w rodzaju AOS wynosiła 391.201,25 tys. zł, wartość jednostek rozliczeniowych 42.868.067 wykonanie kontraktów na 2012 r. wynosiło 366.891 tys. zł.

¹⁸ Wartość kontraktów na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo szpitalne wynosiły na 2013 r. 2.339.929,68 tys. zł, liczba umów 182, liczba jednostek rozliczeniowych 268.955.746, wykonanie kontraktów na 2013 r. wynosiło 2.128.857,53 tys. zł. Wartość kontraktu na 2012 r. wynosiła 2.258.062,08 tys. zł, liczba jednostek rozliczeniowych 256.630.056, liczba zawartych umów 224. Wykonanie kontraktów w 2012 r. wynosiło 2.079.537,61 tys. zł.

¹⁹ Np. wysyłanie e-maili w formie wezwania do uzupełnienia kolejek (1125 wezwań), wysyłanie upomnień (50 upomnień), publikacje na stronie www DOW NFZ komunikatów dyscyplinujących wraz z wykazem świadczeniodawców, którzy nie złożyli sprawozdań z zakresu kolejek oczekujących (łącznie umieszczono 461 świadczeniodawców).

²⁰ Dz. U. z 2013 r., poz. 1447.

lub nie składanie sprawozdań przez świadczeniodawców, utrudniało DOW NFZ prawidłowe określenie potrzeb na świadczenia opieki zdrowotnej oraz stanowiło naruszenie obowiązków wynikających z umów zawartych z DOW NFZ o świadczenie usług opieki zdrowotnej. Zgodnie z § 5 ust. 1 ogólnych warunków tych umów, świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać ją zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w ustawie, ogólnych warunkach, odrębnych przepisach oraz zgodnie z warunkami wymaganymi od świadczeniodawców i określonymi przez Prezesa NFZ na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 i art. 159 ust. 2 *ustawy o świadczeniach*.

DOW NFZ nie nakładał na świadczeniodawców kar umownych z tytułu nieterminowego składania sprawozdań dotyczących kolejek oczekujących. Jak wyjaśniła Dyrektor DOW NFZ, działania Oddziału w zakresie monitorowania kolejek oczekujących koncentrowały się na poprawie ściągalności i rzetelności przekazywanych sprawozdań (np. weryfikacja kolejek przez programy walidacyjne) i korespondencji wyjaśniającej ze świadczeniodawcami. Ponieważ wszyscy świadczeniodawcy współpracowali z DOW NFZ w zakresie poprawy sprawozdawczości dotyczącej kolejek oczekujących, to kary finansowe z powodu nieterminowego złożenia sprawozdania nie były nakładane.

(dowód: akta kontroli str. 1225-1228)

Ustalone
nieprawidłowości

Pomimo porównywalnego poziomu środków na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w 2013 r. i w 2012 r. znacząco zwiększyła się liczba osób oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego (przypadek stabilny) we wszystkich zakresach świadczeń zdrowotnych objętych kontrolą. Działania podejmowane przez DOW NFZ, zarówno na etapie konstruowania Planu Zakupów na 2013 r. (co opisano w punkcie 1.1 wystąpienia pokontrolnego), jak i w trakcie realizacji Planu finansowego na 2013 r., a także współpraca z Ministerstwem Zdrowia nie przyniosły wymiernych efektów w zmniejszeniu liczby osób oczekujących i skróceniu ich kolejki, a w konsekwencji nie przyczyniły się do poprawy dostępności świadczeń opieki zdrowotnej na terenie województwa dolnośląskiego.

(dowód: akta kontroli str. 22-23, 535-570, 1221-1225)

Dyrektor DOW NFZ wyjaśniła, że wzrost liczby oczekujących do wybranych komórek organizacyjnych oraz wydłużenie średniego czasu oczekiwania w 2013 r. w stosunku do 2012 r., przy jednoczesnym porównywalnym poziomie finansowania świadczeń zdrowotnych, mógł być spowodowany m.in. lepszą diagnostyką, stale rosnącą świadomością zdrowotną w społeczeństwie o skutkach nieleczenia choroby, starzeniem się społeczeństwa oraz związaną z tym większą zachorowalnością populacji w wieku nieprodukcyjnym, a także działaniami Oddziału w zakresie poprawy ściągalności i urealnienia przekazywanych przez świadczeniodawców sprawozdań dotyczących kolejek oczekujących. W ocenie Dyrektora Oddziału działania na rzecz zmniejszenia ilości osób oczekujących oraz średniego czasu oczekiwania mogą być skuteczne przede wszystkim na poziomie ogólnokrajowym. Dlatego od końca 2013 r. DOW NFZ współpracuje z Ministerstwem Zdrowia w celu wprowadzenia zmian legislacyjnych, prowadzących do skrócenia kolejek oraz zmian informatycznych mających na celu poprawę funkcjonowania systemu kolejkowego.

(dowód: akta kontroli str. 1225-1228)

W 2013 r. DOW NFZ podjął działania, których celem było rozwiązanie problemu wydłużających się kolejek oczekujących, polegające na powołaniu Zespołu ds. związanych z listami oczekujących, który współpracował z Ministerstwem Zdrowia na rzecz rozwiązania tego problemu m.in. poprzez propozycje zmian legislacyjnych i informatycznych: uniemożliwiających rejestrację pacjentów na jedno świadczenie w kilku placówkach, doprowadzenie do zwiększenia kompetencji lekarzy POZ w zakresie badań diagnostycznych w celu zmniejszenia ilości wizyt w poradniach specjalistycznych. Na dzień zakończenia kontroli NIK powyższe działania nie przyniosły dla świadczeniobiorców wymiernych rezultatów.

(dowód: akta kontroli str. 686-747, 748-756)

1.3. Nakładanie się czasu pracy personelu medycznego

Opis stanu
faktycznego

Celem przeciwdziałania nakładaniu się czasu pracy personelu medycznego w ramach zawartych umów w rodzaju AOS i REH, komisja konkursowa dokonywała przy pomocy systemu informatycznego NFZ sprawdzenia powtarzalności personelu medycznego, wykazywanego w poszczególnych ofertach i wyjaśniała przypadki sporne. W sytuacji, gdy ten sam personel medyczny wykazywany był w tym samym czasie pracy u różnych świadczeniodawców lub u tego samego świadczeniodawcy w ramach różnych zakresów udzielania świadczeń lub miejsc udzielania świadczeń, komisja konkursowa informowała oferenta o zaistniałym konflikcie i wzywała do wyjaśnienia elementów spornych harmonogramu pracy personelu. W zależności od tego czy oferent wyjaśnił i uzupełnił ofertę w tym zakresie, była ona odrzucana lub kwalifikowana do dalszego postępowania.

(dowód: akta kontroli str. 789-891)

W ramach niniejszej kontroli zbadano (według stanu na dzień 30 czerwca 2013 r.) ogółem 3355 numerów praw wykonywania zawodu przez lekarzy udzielających świadczeń w rodzaju REH oraz AOS, w powiązaniu z miejscem udzielania przez nich świadczeń zdrowotnych w określonych dniach i godzinach pracy. W przypadku 3290 (98,1%) numerów praw wykonywania zawodu lekarza nie wystąpiły konflikty w harmonogramach ich czasu pracy.

(dowód: akta kontroli str. 771-777)

Ustalone
nieprawidłowości

Pomimo funkcjonującej w DOW NFZ kontroli wewnętrznej i dokonywania przy użyciu systemu informatycznego analizy zjawiska nakładania się czasu pracy personelu medycznego stwierdzono, iż według stanu na dzień 30 czerwca 2013 r. w 65 przypadkach (1,9% zbadanej populacji) wystąpiła taka sytuacja w umowach rodzaju AOS i REH, przy czym w 34 przypadkach miało miejsce nakładanie się czasu pracy tego samego lekarza u różnych świadczeniodawców, a w 31 przypadkach u tego samego świadczeniodawcy, ale w ramach różnych zakresów świadczeń medycznych lub różnych wyróżników (inne miejsca świadczenia usług zdrowotnych u tego samego świadczeniodawcy).

Według stanu na dzień 23 kwietnia 2014 r., dla 30 (46,1%) spośród 65 ww. przypadków wyeliminowane zostało zjawisko nakładania się czasu pracy personelu medycznego, poprzez dokonanie zmian przez świadczeniodawców i w umowach na świadczenia zdrowotne.

(dowód: akta kontroli str. 771-788)

Według umów zawartych ze świadczeniodawcami, świadczenia zdrowotne w poszczególnych zakresach udzielane są zgodnie z harmonogramem pracy, określonym w załączniku nr 2 do umowy. Nakładanie się czasu pracy personelu medycznego uniemożliwiało w takich przypadkach realizację harmonogramów pracy i ograniczało dostępność pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej. Stanowiło także naruszenie zapisów § 6 ust. 4 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej²¹.

Wyjaśniając w tej sprawie Dyrektor DOW NFZ podała, że jeszcze w trakcie kontroli NIK wystosowano do 44 świadczeniodawców, u których stwierdzono występowanie konfliktu personelu medycznego, korespondencję z wezwaniem do usunięcia uchybień z tego zakresu.

(dowód: akta kontroli str. 778-788, 1231-1234)

1.4. Zasady płatności za świadczenia i kontrola realizacji umów

Monitorowanie realizacji umów zawartych na udzielanie świadczeń zdrowotnych

Opis stanu
faktycznego

Oddział monitorował realizację umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Na podstawie aneksów do umów albo w drodze ugód pozasądowych dokonywał także zwiększenia, zmniejszenia oraz przesunięć świadczeń zdrowotnych. Zmian wartości umów dokonywano

²¹ Stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2008 r., poz. 484).

na podstawie § 43 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej²², a zmian wynikających z ugód pozasądowych na podstawie art. 917 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny²³ w związku z art. 155 ust. 1 ustawy o świadczeniach. Pomimo korzystania przez Oddział z możliwości zmiany warunków umów i dostosowania ich planu rzeczowo-finansowego do faktycznego wykonania świadczeń zdrowotnych, na dzień sporządzania sprawozdania finansowego FM-01 za 2013 r. wystąpiły świadczenia wykonane ponad wartość określoną w zawartych umowach na kwotę 64 501,6 tys. zł (w tym świadczenia nielimitowane w kwocie 40,7 tys. zł) oraz świadczenia niewykonane na kwotę 53 707,2 tys. zł.

Analizą kontrolną objęto realizację kontraktów, obejmujących:

- 27 przypadków, w których nie udzielono żadnego świadczenia, a ich wartość kontraktowa wynosiła 2 168,0 tys. zł;
- 27 przypadków, w których kontraktów nie wykonano w przedziale od 51% do 99% na łączną kwotę 4 058,8 tys. zł;
- 17 przypadków, w których kontraktów nie wykonano w przedziale od 32% do 49% na łączną kwotę 3 029,6 tys. zł.

Przyczyną nie dokonania zmian umów ze świadczeniodawcami w powyższych przypadkach było niezłożenie przez nich wniosków o zmniejszenie/przesunięcie świadczeń zdrowotnych lub składanie takich wniosków na kwoty niższe od wynikających z niedowyońań, jak również obowiązujące przepisy ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych²⁴ (dalej: „ustawa o refundacji leków”).

Dyrektor DOW NFZ wyjaśniła, że niewykorzystanie środków finansowych z zakresu chemioterapii dotyczy głównie substancji lekowych, a częstsze przeprowadzanie bilansowań/zmniejszeń miałoby charakter jedynie porządkowy, ponieważ w związku z obowiązywaniem ustawy o refundacji leków, środki te można przesunąć wyłącznie na sfinansowanie leków w refundacji aptecznej lub Programów Zdrowotnych (lekowych) oraz Terapeutycznych Programów Zdrowotnych. Tymczasem w obszarach tych nie odnotowano niezapłaconych nadwyońań, a wręcz stwierdzono niewykonanie kontraktów.

(dowód: akta kontroli str. 295-306)

Rozliczanie zakontraktowanych świadczeń

W dniu 31 grudnia 2013 r. na stronie internetowej Oddziału zamieszczono komunikat przypominający o obowiązku rozliczenia do dnia 14 lutego 2014 r. zakontraktowanych na 2013 r. świadczeń zdrowotnych oraz obowiązku złożenia do dnia 10 stycznia 2014 r. dokumentów rozliczeniowych za świadczenia wykonane w grudniu 2013 r., a także ewentualnych korekt do poprzednich okresów sprawozdawczych. W komunikacie zaznaczono, że nieterminowe i niepełne przekazywanie danych wpływa bezpośrednio na wyniki analiz w zakresie zrealizowanych świadczeń, co może mieć wpływ na poziom ich ewentualnego finansowania. Pomimo powyższego przypomnienia, świadczeniodawcy kierowali do Dyrektora DOW NFZ wnioski o przyjęcie dokumentacji rozliczeniowej udzielonych świadczeń wraz z jej korektami za 2013 r., po terminie określonym komunikatem (m.in. pod koniec marca 2014 r.).

(dowód: akta kontroli str. 377-378; 1366-1417)

Kontrola realizacji umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych

W 2013 r. Oddział przeprowadził 86 kontroli świadczeniodawców udzielających świadczeń zdrowotnych, z czego 13 w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (POZ), 15 – AOS, 23 – SZP, sześć – psychiatryczna opieka i leczenie uzależnień (PSY), sześć – REH, 2 –

²² Dz. U. z 2008 r., poz. 484.

²³ Dz. U. z 1964 r., poz. 93 ze zm.

²⁴ Dz. U. z 2011 r., poz. 696.

świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej (SPO), 11 – STM, 2 – UZD, 2 – pomoc doraźna i transport sanitarny (PDT), 4 – zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne (ZPO), 2 – ratownictwo dokumentacji medycznej medyczne (RTM).

Stwierdzone w ramach tych kontroli nieprawidłowości dotyczyły głównie prowadzenia świadczeń w sposób niezgodny z obowiązującymi przepisami. W ich wyniku rozwiązano jedną umowę, sporządzono dwa zawiadomienia do prokuratury o możliwości popełnienia przestępstwa, zakwestionowano świadczenia na łączną kwotę 878,0 tys. zł (z czego do dnia 30 kwietnia 2014 r. wyegzekwowano 845,8 tys. zł, tj. 96,3%) oraz nałożono na świadczeniodawców kary pieniężne w wysokości 653,3 tys. zł (z czego do dnia 30 kwietnia 2014 r. wyegzekwowano 592,8 tys. zł, tj. 90,7%). Przyczyną wstrzymania procesu windykacji należności w kwocie 92,7 tys. zł (32,2 tys. zł – zakwestionowane świadczenia i 60,5 tys. zł – nałożona kara) był trwający proces odwoławczy, który zakończył się na przełomie maja/czerwca 2014 r.

Dyrektor DOW NFZ wyjaśniła, że zgodnie z przyjętą zasadą rozliczenie wyników kontroli, zarówno w zakresie nałożonej kary umownej, jak i zakwestionowanych świadczeń zdrowotnych, nastąpi niezwłocznie po dniu 14 lipca 2014 r., tj. w terminie wynikającym z decyzji Dyrektora DOW NFZ z dnia 27 czerwca 2014 r. zmieniającej parametry umowy ze świadczeniodawcą.

(dowód: akta kontroli str. 1953-1955; 2398-2440)

Weryfikacja danych sprawozdawczych

DOW NFZ prowadził weryfikację danych sprawozdawczych przed wypłatą środków świadczeniodawcom. Weryfikacja ta prowadzona była automatycznie, dwa razy na dobę i obejmowała pozycje rozliczeniowe, sprawozdawane od momentu ostatniej weryfikacji. Zakres i podział, w rozumieniu zasad/kryteriów/reguł/sprawdzeń, walidacji i weryfikacji nie był stały. Przeprowadzane były walidacje, w przypadku których sprawdzenia miały charakter logiczno-techniczny (zła data, brak danych, niezgodność z umową wartości świadczenia) oraz weryfikacje obejmujące szczegółową analizę (np. czy data sprawozdawanego świadczenia nie koliduje z datami innych świadczeń na rzecz tego samego pacjenta, czy podana cena refundacji leku nie jest wyższa niż limit określony w obwieszczeniu Ministra Zdrowia). W ramach projektu „Walidacje i Weryfikacje”, opracowywanie i wdrażanie kolejnych zasad odbywało się w sposób ciągły, a proces ten był koordynowany przez Centralę NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 314-317)

Ustalone
nieprawidłowości

1. Oddział rozliczał wykonanie umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych w 2013 r. po terminie określonym w § 27 ust. 2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie, gdzie przewidziano, że rozliczenie następuje najpóźniej w terminie 45 dni po upływie okresu rozliczeniowego. Przyczyny niedochowania tego terminu związane były m.in. z równoległym prowadzeniem weryfikacji formalnej poprawności sprawozdanych świadczeń w systemach informatycznych Funduszu, realizacją wyników kontroli prowadzonych przez DOW NFZ, rozpatrywaniem nieprawidłowości zgłoszonych w oparciu o Zintegrowany Informator Pacjenta (ZIP). Część przyjętych rozliczeń wykonania umów dotyczyła sytuacji, gdy świadczeniodawca terminowo wygenerował szablon rachunku, ale nastąpiła zwłoka w przekazaniu do DOW NFZ dokumentacji papierowej, ewentualnie świadczeniodawca udowodnił niemożność terminowego rozliczenia świadczeń z powodu błędów aplikacji rozliczeniowej. Podstawą do dokonywania przedmiotowych płatności były pozytywne decyzje Dyrektora DOW NFZ, podejmowane po weryfikacji i zaopiniowaniu wniosku przez właściwe komórki organizacyjne DOW NFZ.

Dyrektor DOW NFZ wyjaśniła, że korekta świadczeń uzasadniona była m.in.: (a) możliwością wykorzystania przez świadczeniodawcę środków uwolnionych w ramach limitu umowy, po usunięciu zakwestionowanych świadczeń zdrowotnych; (b) rozliczeniem

świadczeń o wyższym priorytecie (tj. w pierwszej kolejności świadczeń finansowanych z innych źródeł niż składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz świadczeń ratujących życie); (c) lepszym dopasowaniem umowy do planu w przypadku jej kontynuacji. Świadczenia rozliczone po okresie rozliczeniowym określonym w rozporządzeniu, zostały sfinansowane w ramach rezerw biernych związanych w 2013 r. lub ze środków planu finansowego na 2014 r. z pozycji koszty z lat ubiegłych.

(dowód: akta kontroli str.1366-1417; 1500; 2269-2272)

2. Dopiero w dniu 30 lipca 2013 r. Oddział wypłacił środki w kwocie 290,4 tys. zł za niezakontrowane na obszarze powiatu bolesławieckiego, jeleniogórskiego, lubańskiego, lwóweckiego, zgorzeleckiego i miasta Jeleniej Góry świadczenia zdrowotne udzielone w okresie 21 stycznia – 15 marca 2013 r. w rodzaju SZP (zakres: neurologia-hospitalizacja) w stanie nagłym²⁵, na podstawie art. 19 ust. 4 *ustawy o świadczeniach*. Przyczyną wystąpienia okresu bezumownego był upływ z dniem 20 stycznia 2013 r. rocznego terminu, na jaki mogła być zawarta umowa w trybie art. 161 b ust. 3 *ustawy o świadczeniach*, zaś porozumienie Oddziału ze świadczeniodawcami w sprawie rozliczenia świadczeń udzielonych w okresie bezumownym zostało podpisane dopiero w dniu 17 lipca 2013 r., tj. po ponad 4 miesiącach od udzielenia przedmiotowych świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 249-294; 1444-1446; 1447-1450; 2398-2440)

3. W wyniku zawarcia umowy nr 07/1/3102023/01/2013/01 z dnia 29 stycznia 2013 r. o udzielanie w latach 2013-2015 świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne, będącej – co do jej istotnych elementów – rezultatem błędu, świadczeniodawcy wypłacono wynagrodzenie w kwocie 125,6 tys. zł, stanowiące 41,7% wartości umowy przyjętej na 2013 r. w wysokości 301,4 tys. zł. W powyższym przypadku mimo, że rozstrzygnięte postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego dotyczyło obszaru wiejskiego Olawa, to ze świadczeniodawcą podpisano umowę na udzielanie świadczeń na terenie obszaru miejskiego Olawa. Umowa została rozwiązana z dniem 31 maja 2013 r.

(dowód: akta kontroli str. 162; 1418-1430; 1432-1442)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości, działalność DOW NFZ w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Taka ocena wynika z ocenionego negatywnie zmniejszenia dostępności do części świadczeń zdrowotnych i wydłużenia czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne, w tym na oddziale onkologii klinicznej/chemioterapii i do poradni onkologicznej.

2. Opracowanie i realizacja planu finansowego DOW NFZ

2.1. Proces opracowywania planu finansowego DOW NFZ

Opis stanu
faktycznego

Pismem z dnia 18 czerwca 2012 r.²⁶ Prezes NFZ przekazał Oddziałowi założenia do prognozy kosztów oddziałów wojewódzkich na lata 2013-2015, w tym informację o projektowanych łącznych kosztach Oddziału na poziomie 4 979 202 tys. zł, na które składały się koszty: świadczeń opieki zdrowotnej 4 787 551 tys. zł (96,2%), realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego 139 826 tys. zł (2,8%), administracyjne 35 601 tys. zł (0,7%), finansowe 1 982 tys. zł (0,04%), pozostałe koszty 14 242 tys. zł (0,3%).

Powyższa kwota świadczeń zdrowotnych zawierała również, określoną na poziomie nie niższym niż 232 342 tys. zł, rezerwę na koszty świadczeń opieki zdrowotnej, związanych z migracją ubezpieczonych (pacjentami wyjeżdżającymi z obszaru działania DOW NFZ do obszarów działania innych oddziałów NFZ). Określenie kwoty rezerwy migracyjnej przez Prezesa NFZ, poprzedzone zostało prognozą DOW NFZ z dnia 15 czerwca 2012 r.,

²⁵ Świadczeniodawca, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ma prawo do wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym, przy czym wynagrodzenie uwzględnia wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej.

²⁶ Pismo znak: NFZ/CF/DEF/2012/077/0175/NW/15988/MMA.

zgodnie z którą jej wartość oszacowano na poziomie 299 060 tys. zł. Podstawą jej określenia była wartość kosztów zrealizowanych przez Oddział w latach 2011-2012 oraz przewidywany wskaźnik ich dynamiki.

Przywołane pismo Prezesa NFZ z dnia 18 czerwca 2012 r. zawierało również założenia do corocznej prognozy kosztów oddziałów NFZ na lata 2013-2015, w tym wytyczne co do podziału prognozowanej na 2013 r. łącznej kwoty kosztów świadczeń opieki zdrowotnej.

Dnia 20 czerwca 2012 r., tj. z dochowaniem terminu określonego w art. 120 ust. 2 *ustawy o świadczeniach*²⁷, Dyrektor DOW NFZ przekazał do Prezesa NFZ informację dotyczącą prognozowanych kosztów działalności Oddziału w latach 2013-2015. Prognoza ta zawierała propozycję rozdysponowania kwoty 4 787 551 tys. zł na poszczególne rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej, stosownie do założeń określonych w piśmie z dnia 18 czerwca 2012 r.

(dowód: akta kontroli str. 1536-1571)

Prezes NFZ pismem z dnia 4 lipca 2012 r., na podstawie art. 120 ust. 4 *ustawy o świadczeniach*, poinformował Dyrektora DOW NFZ o przewidywanych kosztach Oddziału w 2013 r., a także przekazał do Oddziału założenia do sporządzenia projektu planu finansowego. W porównaniu do wcześniejszej korespondencji, wysokość kosztów administracyjnych została określona na poziomie 35 081 tys. zł, tj. o 520 tys. zł niższym, niż wynikało to z prognozy DOW NFZ, sporządzonej na podstawie danych przekazanych z Centrali NFZ. Zmiana ta wynikała z obniżenia zakładanych kosztów na wynagrodzenia, a kwota kosztów świadczeń opieki zdrowotnej nie uległa zmianie.

(dowód: akta kontroli str. 56-67)

Na podstawie przekazanych do Oddziału danych, Dyrektor DOW NFZ sporządził projekt planu finansowego DOW NFZ na 2013 r., który dnia 9 lipca 2012 r. został pozytywnie zaopiniowany, na podstawie art. 106 ust. 10 pkt 1 *ustawy o świadczeniach*, przez Radę Oddziału Wojewódzkiego NFZ (dalej: „Rada”) i w tym samym dniu przekazany do Prezesa NFZ, tj. z dochowaniem terminu określonego w art. 120 ust. 5 *ustawy o świadczeniach*. Niemniej Rada opiniując²⁸ przedmiotowy projekt wyraziła zaniepokojenie brakiem zwiększenia środków na sfinansowanie kosztów świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego, opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz nadwykonań.

(dowód: akta kontroli str. 68-82)

Projekt planu finansowego DOW NFZ na 2013 r. z dnia 9 lipca 2012 r., został zmieniony przez Dyrektora DOW NFZ w dniu 9 sierpnia 2012 r. w odpowiedzi na pismo Prezesa NFZ²⁹ informujące o zaktualizowanej (niższej) wartości kosztów świadczeń opieki zdrowotnej na 2013 r., co uzasadniono sytuacją makroekonomiczną. Skorygowany projekt planu zakładał zmniejszenie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej o 22 603 tys. zł (o 0,5%), tj. do kwoty 4 764 948 tys. zł. Zmiany objęły koszty świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe (zmniejszenie o 4 000 tys. zł do poziomu 60 632 tys. zł) oraz kosztów świadczeń zdrowotnych z lat ubiegłych (zmniejszenie o 18 603 tys. zł do poziomu 42 734 tys. zł)³⁰. Jak wyjaśniła Z-ca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych Oddziału, o wytypowaniu tych rodzajów świadczeń do zmniejszenia przesądził fakt, że medycyna uzdrowiskowa nie zalicza się do świadczeń priorytetowych lub ratujących życie, a niższy poziom finansowania kosztów świadczeń z lat ubiegłych nie miał wpływu na dostępność do świadczeń w 2013 r. Projekt planu w kształcie uwzględniającym ww. ograniczenia, został

²⁷ W obowiązującym wówczas brzmieniu.

²⁸ Uchwała Nr 3/2011/II Rady Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 lipca 2012 r. w sprawie zaopiniowania projektu planu finansowego Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2013.

²⁹ Pismo z dnia 8 sierpnia 2012 r., znak: NZ/CF/DEF/2012/073/0148/W/20790/MMA. W piśmie tym Prezes NFZ poinformował o zaktualizowanej wartości środków na koszty świadczeń opieki zdrowotnej, przypadającej na poszczególne Oddziały. Informacja ta wpłynęła do Oddziału w związku ze zleceniem przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów dostosowania planu finansowego NFZ do zaktualizowanych założeń makroekonomicznych.

³⁰ Bez uwzględnienia propozycji rozdysponowania rezerwy migracyjnej.

przesłany w dniu 9 sierpnia 2012 r. przez Dyrektora DOW NFZ do Prezesa NFZ, a w dniu 14 sierpnia 2012 r. zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów.

W przyjętym planie finansowym Oddziału na 2013 r. na ogólną kwotę kosztów w wysokości 4 956 067 tys. zł składały się: (1) koszty świadczeń opieki zdrowotnej – 4 764 948 tys. zł, w tym nierozdysponowana rezerwa migracyjna³¹ – 232 342 tys. zł; (2) koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego – 139 826 tys. zł; (3) koszty administracyjne – 35 081 tys. zł; (4) pozostałe koszty – 14 231 tys. zł; (5) koszty finansowe – 1 981 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 83-88; 1505-1511)

Dnia 29 sierpnia 2012 r. Prezes NFZ (na wniosek Dyrektora Oddziału) podjął decyzję o przesunięciu środków tzw. rezerwy migracyjnej w kwocie 232 342 tys. zł do wnioskowanych pozycji świadczeń opieki zdrowotnej. Po rozdysponowaniu rezerwy migracyjnej, w planie finansowym Oddziału na 2013 r. przyjęto następujące poziomy kosztów świadczeń zdrowotnych:

- o podstawowa opieka zdrowotna – 573 015 tys. zł, tj. 101,5% planu z 2012 r.³² Prognozowany wzrost kosztów wynikał m.in. ze zwiększenia kosztów rozliczanych kapitałynie, jak również nierozliczanych kapitałynie,
- o ambulatoryjna opieka specjalistyczna – 404 764 tys. zł, tj. na poziomie planu z 2012 r. Ustalenie takiego poziomu kosztów miało zabezpieczyć m.in. skutki wprowadzenia systemu JGP (Jednorodne Grupy Pacjentów),
- o leczenie szpitalne – 2 252 398 tys. zł, tj. 101,4% planu z 2012 r. Prognozowany wzrost wynikał m.in. z konieczności zabezpieczenia finansowania świadczeń nielimitowanych,
- o opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – 174 624 tys. zł, tj. 103,8% planu z 2012 r. Prognozowany wzrost kosztów wynikał z konieczności rozbudowy bazy leczenia środowiskowego,
- o rehabilitacja lecznicza – 157 936 tys. zł, tj. 104,4% planu z 2012 r. Zakładane zwiększenie kosztów wynikało m.in. z zasadności poprawy wykorzystania istniejącej bazy (w szczególności w zakresie neurologii oraz kardiologii),
- o świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej – 91 000 tys. zł, tj. na poziomie planu z 2012 r.,
- o opieka paliatywna i hospicyjna – 27 106 tys. zł, tj. na poziomie planu z 2012 r.,
- o leczenie stomatologiczne – 121 806 tys. zł, tj. na poziomie planu z 2012 r.,
- o lecznictwo uzdrowiskowe – 60 632 tys. zł, tj. 108,2% planu z 2012 r. Zakładany wzrost miał zapewnić skrócenie okresu przewidzianego na potwierdzenie skierowania na leczenie uzdrowiskowe i w rezultacie zwiększyć dostępność do tego rodzaju świadczeń,
- o pomoc doraźna i transport sanitarny – 4 401 tys. zł, tj. 114,9% planu z 2012 r. Prognozowany wzrost nakładów miał na celu zbliżenie „poziomu finansowania zespołów neonatologicznych „N” do poziomu zabezpieczonego dla specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego”,
- o koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu – 18 115 tys. zł (109,0% planu z 2012 r.),
- o świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie – 122 472 tys. zł (106% planu z 2012 r.),
- o zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne – 71 300 tys. zł, tj. 137,4% planu z 2012 r. Wzrost nakładów miał związek z założeniami projektowanego rozporządzenia Ministra Zdrowia, które miało zostać wydane na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy o refundacji leków. Stosownie do założeń, rezultatem

³¹ O której mowa w art. 118 ust. 2 pkt 2 lit. b ustawy o świadczeniach.

³² Dotyczy planu na 2012 r. po rozwiązaniu rezerwy migracyjnej.

takiego poziomu kosztów, miało być zwiększenie refundacji m.in. protez, wózków inwalidzkich, aparatów słuchowych i pieluchomajtek,

- o refundacja cen leków – 633 982 tys. zł, tj. 105,6% planu z 2012 r. Określenie kosztów na tym poziomie wynikało z art. 73 ust. 4 *ustawy o refundacji leków*,
- o koszty świadczeń zdrowotnych z lat ubiegłych – 51 397 tys. zł, tj. 245,4% planu z 2012 r. Wzrost prognozowanych nakładów wynikał z narastającego problemu niesfinansowanych świadczeń, które zostały wykonane ponad limity umów.

(dowód: akta kontroli str. 68-80, 1503-1511, 1573-1576)

W trakcie opracowywania planu finansowego na 2013 r. Oddział nie występował do konsultantów wojewódzkich poszczególnych dziedzin i specjalności medycznych o przedłożenie ocen, uwag bądź wniosków, jak również nie zwracał się do jednostek samorządu terytorialnego o udzielenie informacji na ten temat. Do Dyrektora DOW NFZ nie wpływały w okresie sporządzania projektu planu finansowego na 2013 r. uwagi i informacje od tych podmiotów.

(dowód: akta kontroli str. 102-104; 1525-1535)

2.2. Proces wykonywania planu finansowego DOW NFZ

Opis stanu
faktycznego

Stosownie do art. 124 ust. 5 *ustawy o świadczeniach*, Dyrektor DOW NFZ był uprawniony do dokonywania, w ramach kosztów przeznaczonych na świadczenia opieki zdrowotnej, przesunięć w planie finansowym Oddziału.

Plan finansowy na 2013 r. Oddziału był zmieniany 24-krotnie, w tym dwukrotnie w 2012 r. Wprowadzane zmiany dotyczyły:

- rozwiązania rezerwy migracyjnej w jednym przypadku (zmiana z 2012 r.);
- zmniejszenia kosztów realizacji zadań zespołu ratownictwa medycznego w jednym przypadku (zmiana z 2012 r.);
- przesunięć kosztów świadczeń zdrowotnych przez Dyrektora DOW NFZ w 12 przypadkach;
- zwiększeń kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w czterech przypadkach;
- zwiększeń kosztów administracyjnych DOW NFZ w czterech przypadkach;
- przesunięć w ramach kosztów administracyjnych w dwóch przypadkach.

(dowód: akta kontroli str. 88-91, 1522-1524)

W wyniku powyższych zmian, planowane koszty ogółem Oddziału zostały zwiększone *per saldo* o kwotę 47 114 tys. zł (1,0%), tj. z kwoty 4 956 067 tys. zł do kwoty 5 003 181 tys. zł. Plan w zakresie kosztów świadczeń zdrowotnych w wyniku zwiększeń o 46 575 tys. zł (97,8% zwiększeń), ukształtował się ostatecznie na poziomie 4 811 523 tys. zł, natomiast w zakresie kosztów administracyjnych wzrósł o 1 043 tys. zł (2,2% zwiększeń), kształtując się na poziomie 36 124 tys. zł.

W związku z zarządzeniem Prezesa NFZ z dnia 31 października 2013 r. w sprawie uruchomienia rezerwy ogólnej, plan kosztów świadczeń zdrowotnych Oddziału został zwiększony o 45 994 tys. zł. Środki te, po wcześniejszej konsultacji z Dyrektorem Oddziału, zostały przeznaczone przede wszystkim na pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie szpitalne (SZP) w wysokości 34 494 tys. zł, w tym na zapłatę za świadczenia udzielone ponad limity zawartych umów po okresie od stycznia do września 2013 r.

(dowód: akta kontroli str. 1631-1633; 1640-1641)

W wyniku wprowadzonych korekt planu finansowego, *per saldo* zmienione zostały koszty 14 z 15 rodzajów świadczeń zdrowotnych (z wyjątkiem rodzaju „Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień”). Zmiany te (zmniejszenia/zwiększenia) w ujęciu kwotowym wynosiły od 12 800 tys. zł (w rodzaju „zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawa”) do 79 971 tys. zł (w rodzaju „leczenie szpitalne”). W ujęciu procentowym mieściły się

w przedziale od 25,81% (zmniejszenia w rodzaju: „koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu”) do 12,2% (zwiększenie w rodzaju „opieka paliatywna i hospicyjna”).

Przesunięcia w ramach kosztów świadczeń zdrowotnych, dokonywane przez Dyrektora DOW NFZ, poprzedzane były uzgodnieniami wewnętrznymi w ramach Oddziału, co znajdowało odzwierciedlenie we wnioskach o zmianę planu finansowego. Zmiany te wprowadzane były w wyniku bieżącego monitorowania stopnia wykorzystania planu finansowego w powiązaniu m.in. z analizą planu zakupu świadczeń, danych prognostycznych, informacji przekazywanych przez świadczeniodawców oraz zaleceń Centrali NFZ. Przeznaczenie środków, w przypadku zwiększenia kosztów administracyjnych Oddziału, wynikało z prowadzonych analiz wykorzystania poszczególnych pozycji planu finansowego i poprzedzane było wnioskami Dyrektora DOW NFZ, w tym trzy z pięciu takich wniosków związanych było ze zwiększeniem kosztów amortyzacji środków trwałych. W całym okresie obowiązywania planu finansowego na 2013 r. na niezmienionym poziomie kształtowały się wielkości „Pozostałe koszty” (14 231 tys. zł) oraz „Koszty finansowe” (1 981 tys. zł), pomimo wnioskowania przez Dyrektora DOW NFZ o ich odpowiednio: zmniejszenie o 1 907 tys. zł i zwiększenie o 2 004 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 88-91, 1573-1682, 2232)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zauważa, iż mimo ustalenia w planie finansowym Oddziału na 2013 r. kosztów na refundację na łącznym poziomie 840 312,0 tys. zł, ich wykonanie wyniosło 731 725,8 tys. zł (87,1%). DOW NFZ nie miał realnego wpływu na wysokość planowanego poziomu kosztów na refundację (w tym na możliwość dokonywania zmian), gdyż ograniczenia kształtowania planu kosztów w tym zakresie wynikały z art. 74 ust. 3 ustawy o refundacji leków. Przepis ten nakazuje, aby kwota budżetu na refundację była równa kwocie środków wydatkowanych w 2011 r. na ten cel, co w przypadku DOW NFZ stanowiło 840.312,0 tys. zł. Jak wyjaśniła Z-ca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych Oddziału, takie okoliczności uniemożliwiały zarówno dostosowanie planu do realnego poziomu jego wykonania, jak również przeznaczenie rezerw na sfinansowanie pozostałych świadczeń zdrowotnych.

(dowód: akta kontroli str. 1505-1511, 1514-1516)

2.2.1. Przychody

Opis stanu
faktycznego

W 2013 r. przychody Oddziału wyniosły 5 009 901,2 tys. zł i były wyższe o 137 920,51 tys. zł (o 2,8%) niż w 2012 r. Przychody ze składek i innych przychodów ustawowych uzyskano w kwocie 4 998 934 tys. zł, przychody operacyjne w kwocie 6 578,7 tys. zł, zaś przychody finansowe w kwocie 4 388,5 tys. zł. Ze składek na ubezpieczenie zdrowotne uzyskano 4 847 261,0 tys. zł, co stanowiło 96,7% ogólnej kwoty przychodów Oddziału, przy czym kwota ta była wyższa o 137 808 tys. zł w porównaniu do 2012 r. Przychody z tytułu odszkodowań, kar i grzywien wyniosły 1 247 tys. zł i stanowiły 18,9% przychodów operacyjnych DOW NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 24-30; 31-32; 1342-1351)

Przekazane w 2013 r. przez Centralę NFZ na działalność Oddziału środki w wysokości 4 702 798,1 tys. zł, odpowiadały kwocie o jaką wnioskowano. Stan środków finansowych DOW NFZ na koniec 2012 r. i 2013 r. wynosił odpowiednio 2 631,1 tys. zł i 29 375,7 tys. zł. Należności Oddziału na koniec 2013 r. stanowiły kwotę 464,6 tys. zł i były niższe o 12,8 tys. zł od stanu na koniec 2012 r. (477,4 tys. zł). Należności krótkoterminowe wyniosły 429,5 tys. zł³³ i były wyższe o 190,4 tys. zł od stanu na koniec 2012 r. (239,1 tys. zł). Należności wymagalne na koniec 2013 r. wraz z odsetkami wyniosły 35,1 tys. zł³⁴, gdy na koniec 2012 r. wynosiły 238,3 tys. zł. Do dnia 20 maja 2014 r. Oddział wyegzekwował 32,3 tys. zł należności wymagalnych, zaś kwota 1,8 tys. zł podlegała egzekucji komorniczej.

³³ Od świadczeniodawców – 400,4 tys. zł; od aptek – 0,2 tys. zł; pozostałe – 28,9 tys. zł.

³⁴ Od świadczeniodawców – 7,2 tys. zł; pozostałe – 27,9 tys. zł.

W 2013 r. dokonano odpisów aktualizujących należności na kwotę 1 108,7 tys. zł. Przyczyną ich dokonania było uznanie należności za zagrożone nieściągalnością, wskutek braku wpłat po skierowanych wezwaniach do zapłaty. W związku z przedmiotowymi należnościami, np. wystawiony został pozew o zapłatę, prowadzone było dochodzenie w sprawie podrobienia recept lub skierowano wnioski do Zespołu Radców Prawnych DOW NFZ o dalszą windykację.

(dowód: akta kontroli str. 47; 113-115; 191-206a; 1268-1275; 2398-2400)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

W jednym przypadku, w sytuacji nieodebrania przez dłużnika wezwania do zapłaty z dnia 3 kwietnia 2014 r., Oddział dopiero w dniu 19 maja 2014 r. skierował do niego przedsądowe wezwanie do zapłaty na kwotę 670,19 zł pomimo, że wymagalny termin zapłaty upłynął w dniu 23 lipca 2013 r. Przyczyną powyższego było wstrzymanie windykacji (przez sześć miesięcy) na czas prowadzenia przez Oddział, wszczętego w sierpniu 2013 r., postępowania w sprawie objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym dłużnika, zakończonego wydaniem decyzji z dnia 6 lutego 2014 r., jak również powstałe po jej uprawomocnieniu wątpliwości w zakresie m.in.: określenia daty od której powinny być naliczane odsetki od należności pozostającej do zapłaty.

Dyrektor DOW NFZ wyjaśniła, że długi czas prowadzenia postępowania administracyjnego w tej sprawie wynikał z jej skomplikowanego charakteru.

(dowód: akta kontroli str. 204-206a; 1313-1341; 2398-2400)

2.2.2. Koszty

Stopień realizacji planu finansowego

Opis stanu
faktycznego

Poniesione przez Oddział w 2013 r. koszty ogółem wyniosły 4 863 638 tys. zł, tj. 97,2% planu. Składały się na nie: koszty świadczeń opieki zdrowotnej – 4 641 182,3 tys. zł, koszty realizacji zadań zespołu ratownictwa medycznego – 139 321,9 tys. zł, koszty ogólnoadministracyjne – 33 854,2 tys. zł, pozostałe koszty operacyjne – 47 100,9 tys. zł³⁵ oraz koszty finansowe – 2 178,7 tys. zł. W 2013 r. koszty ogółem były wyższe o 125 203,2 tys. zł (o 2,64%) od kosztów poniesionych w 2012 r.

(dowód: akta kontroli str. 24-26; 31-32; 191-193)

W 2013 r. Oddział nie przekroczył planu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej. Zrealizowane koszty (4 641 182,3 tys. zł) były niższe od planowanych o 125 743,7 tys. zł (o 2,64%), z czego kwota 22 894,8 tys. zł powstała w wyniku rozwiązania rezerw biernych za 2012 r. Przedmiotowe koszty zostały natomiast zwiększone o rezerwy bierne w kwocie 46 353,5 tys. zł na wykonane w 2013 r. świadczenia zdrowotne, z czego 27 910,8 tys. zł z przeznaczeniem na zawarcie ugód z tytułu świadczeń zrealizowanych ponad limit określony w zawartych umowach oraz 18 442,7 tys. zł na realizację kontraktów.

W 2013 r. w poszczególnych rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej poniesione koszty wynosiły:

- ☐ podstawowa opieka zdrowotna - 576 163,2 tys. zł, tj. 99,8% planu 2013 r. i 101,1% wykonania w 2012 r.,
- ☐ ambulatoryjna opieka specjalistyczna - 392 832,9 tys. zł, tj. 98,9% planu i 101,22% wykonania w 2012 r.,
- ☐ leczenie szpitalne - 2 303 745,4 tys. zł, tj. 98,8% planu i 103,2% wykonania w 2012 r.,
- ☐ opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień - 173 656,1 tys. zł, tj. 99,4% planu i 103,4% wykonania w 2012 r.,
- ☐ rehabilitacja lecznicza - 155 021,3 tys. zł, tj. 98,7% planu i 102,6% wykonania w 2012 r.,
- ☐ świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej - 91 867,8 tys. zł, tj. 99,7% planu i 101,2% wykonania w 2012 r.,

³⁵ W tym koszty lat ubiegłych w kwocie 44.460,3 tys. zł.

- ☐ opieka paliatywna i hospicyjna - 29 787,7 tys. zł, tj. 97,9% planu i 109,7% wykonania w 2012 r. Przyczyną niższego wykonania planu w tym przypadku był brak realizacji upoważnień migracyjnych wystawionych przez DOW NFZ oraz wartość rozwiązanych rezerw biernych za 2012 r.,
- ☐ leczenie stomatologiczne - 117 091,0 tys. zł, tj. 99,7% planu i 97,5% wykonania w 2012 r.,
- ☐ lecznictwo uzdrowiskowe - 56 896,8 tys. zł, tj. 98,61% planu i 107,8% wykonania w 2012 r.,
- ☐ pomoc doraźna i transport sanitarny - 3 744,5 tys. zł, tj. 98,0% planu i 101,1% wykonania w 2012 r.,
- ☐ koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowane ze środków własnych Funduszu - 11 168,2 tys. zł, tj. 84,5% planu i 77,6% wykonania w 2012 r.; przyczyną niższego wykonania planu było rozwiązanie rezerw biernych za 2012 r. w kwocie 1 898,9 tys. zł,
- ☐ świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane odrębnie - 123 094,2 tys. zł, tj. 99,8% planu i 106,1% wykonania w 2012 r.,
- ☐ zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawa - 57 782,9 tys. zł, tj. 98,7% planu i 108,4% wykonania w 2012 r.,
- ☐ koszty refundacji - 548 330,3 tys. zł, tj. 86,8% planu i 103,8% wykonania w 2012 r.; jako przyczynę niższego wykonania planu wskazano art. 74 ust. 3 w związku z art. 74 ust. 4 *ustawy o refundacji leków*, zgodnie z którym wysokość całkowitego budżetu na refundację w 2013 r. jest równa kwocie poniesionych przez Fundusz w 2011 r. wydatków związanych z finansowaniem świadczeń gwarantowanych, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 14-18 *ustawy o świadczeniach*.

(dowód: akta kontroli str. 24-26; 191-193, 321-376; 499)

Finansowanie świadczeń ponadlimitowych

Wykazana w systemie rozliczeniowym DOW NFZ (według stanu na 15 lutego 2014 r.) wartość świadczeń zdrowotnych wykonanych w 2013 r. ponad wartość określoną w zawartych umowach, wynosiła 108 783,8 tys. zł, w tym świadczenia nielimitowane stanowiły 40,7 tys. zł. W wyniku uznania roszczeń na kwotę 44 282,1 tys. zł, na dzień sporządzenia sprawozdania finansowego FM-01 za 2013 r., wartość świadczeń ponadlimitowych zmniejszyła się do 64 501,6 tys. zł (w tym świadczenia nielimitowane stanowiły 40,7 tys. zł), tj. do kwoty niższej o 88 086,3 tys. zł (o 57,7%) w porównaniu do 2012 r. (152 587,9 tys. zł). Jednocześnie świadczenia niewykonane wynosiły 53 707,2 tys. zł, przy czym w odniesieniu do 2012 r. były wyższe o 3 031,1 tys. zł (o 5,6%).

(dowód: akta kontroli str. 50; 101; 319)

Świadczenia zdrowotne wykonane w 2013 r. ponad limit określony w zawartych umowach, Oddział finansował (zgodnie z zaleceniem Prezesa NFZ) poprzez zawieranie tzw. „ugód pozasądowych”. Na takie ugody w kosztach 2013 r. przewidziano rezerwę w wysokości 27 910,8 tys. zł. Ponadto, ugody finansowane były w ramach kosztów świadczeń zdrowotnych z lat ubiegłych, przewidzianych w planie finansowym Oddziału na 2014 r. Podstawę zawarcia ugód stanowił art. 917 *ustawy - Kodeks cywilny* w związku z art. 155 ust. 1 *ustawy o świadczeniach*. Według przedmiotowych ugód, Oddział zobowiązywał się zapłacić świadczeniodawcom dodatkowe wynagrodzenie z tytułu udzielenia świadczeń w 2013 r. w ilości przekraczającej liczbę jednostek rozliczeniowych określonych w umowie.

(dowód: akta kontroli str. 105-108; 109; 319; 321-347)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

1. W 2013 r. Oddział przekroczył plan finansowy w pozycjach analitycznych tzw. pozostałych kosztów o łączną kwotę 1 341,9 tys. zł, co nie skutkowało przekroczeniem planu ogółem tych kosztów. W 2013 r. pozostałe koszty zostały zrealizowane na kwotę 2 764,4 tys. zł, stanowiącą 19,4% planu (14 231 tys. zł). Niższe od planowanego było

wykonanie kosztów w pozycji analitycznej „rezerwa na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych” (F2). Przekroczenia tzw. pozostałych kosztów nastąpiły w pozycji:

- „inne rezerwy” (F3) o kwotę 180,1 tys. zł. Przekroczenie planu wynikało z zawiązania rezerwy w tej wysokości w związku z decyzją Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 23 grudnia 2013 r. o nałożeniu kary z tytułu stosowania praktyk monopolistycznych. Kara ta nie podlegała zapłacie w związku ze złożeniem przez Oddział odwołania do Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów w Warszawie;
- „inne koszty” (F4) o kwotę 1 161,8 tys. zł. Plan finansowy na 2013 r. nie uwzględniał poniesienia przez Oddział kosztów sądowych i zastępstwa procesowego w kwocie 409,0 tys. zł, związanej z przegranym przed Sądem Apelacyjnym (wyrok z dnia 11 grudnia 2013 r.) procesem w sprawie zapłaty za nadlimitowe świadczenia zdrowotne w ramach umowy szpitalnej (chemioterapia), zawartej z Wojewódzkim Centrum Szpitalnym Kopalni Jeleniogórskiej, a także odpisów aktualizujących należności z tytułu zakwestionowanych świadczeń na łączną kwotę 1 108,7 tys. zł. Pismami z dnia 4 października oraz 7 listopada 2013 r. Oddział wnioskował o zmianę planu w przedmiotowej pozycji kosztów w ramach środków własnych. Do dnia 31 grudnia 2013 r. zmiana ta nie została zatwierdzona przez Ministra Zdrowia.

2. W 2013 r. DOW NFZ przekroczył o 197,8 tys. zł wysokość planowanych kosztów finansowych (H). Na to przekroczenie wpłynęło m.in. ujęcie w kosztach finansowych kosztów odsetek w kwocie 620,0 tys. zł, zasądzonych w związku z przegranym procesem sądowym (wyrok z dnia 11 grudnia 2013 r.) w sprawie zapłaty za nadlimitowe świadczenia zdrowotne w ramach umowy szpitalnej (chemioterapia), zawartej z Wojewódzkim Centrum Szpitalnym Kopalni Jeleniogórskiej, a także uwzględnienie odsetek naliczonych od zaktualizowanych należności z tytułu zakwestionowanych świadczeń. Pismami z dnia 4 października oraz 7 listopada 2013 r. Oddział wnioskował o zmianę planu w przedmiotowej pozycji kosztów w ramach środków własnych. Do końca 2013 r. zmiana ta nie została zatwierdzona przez Ministra Zdrowia.

(dowód: akta kontroli str. 31-32; 89-91; 92-100; 2269-2304)

2.2.2.1. Koszty z tytułu przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego

Opis stanu
faktycznego

W 2013 r. w kosztach działalności Oddziału ujęte zostały koszty świadczeń zdrowotnych udzielonych świadczeniobiorcom pochodzącym z Unii Europejskiej i EOG (Europejskiego Obszaru Gospodarczego) w wysokości 10 770,3 tys. zł. Koszty te ukształtowały się na poziomie wyższym o 49,7% w porównaniu do 2012 r. Jak wyjaśniła Dyrektor Oddziału, wzrost ten wynikał przede wszystkim z większej świadomości świadczeniodawców co do sposobu dokonywania rozliczeń, atrakcyjności turystycznej i przygranicznego położenia Dolnego Śląska, a także wzrostu świadomości społeczeństwa w tym zakresie. Oddział weryfikował dane zawarte w formularzach E-125 i E-126, w szczególności poprzez weryfikowanie prawa do świadczeń, sprawdzenie merytorycznej poprawności wskazanych danych, wysokości deklarowanych kosztów.

(dowód: akta kontroli str. 33; 1936-1950)

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

Opis stanu
faktycznego

Wartość świadczeń zrealizowanych w 2013 r. w ramach realizacji zadań o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 3 ustawy o świadczeniach, udzielonych świadczeniobiorcom nieubezpieczonym (spełniającym kryterium dochodowe), wyniosła ogółem 10 814 458,1 tys. zł i dotyczyła 4.335 osób. Środki z budżetu państwa przekazane Oddziałowi za pośrednictwem Centrali NFZ w pełni pokryły koszty tych świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 2305-2321)

2.2.2.3. Koszty administracyjne

Opis stanu
faktycznego

Plan (po zmianach) kosztów administracyjnych Oddziału na 2013 r. ustalony został w kwocie 36 124,0 tys. zł, a jego wykonanie wyniosło 33 854,2 tys. zł (93,7%). Poziom wykonania tych kosztów w 2013 r. w porównaniu do 2012 r. był niższy o 272,1 tys. zł. Niepełna realizacja planu kosztów administracyjnych, dotycząca kwoty 2 269,8 tys. zł, wynikała przede wszystkim z niższych od zakładanych kosztów zużycia materiałów i energii, usług obcych, podatków i opłat, oraz pozostałych kosztów administracyjnych.

(dowód: akta kontroli str. 19; 31-32; 1505-1513; 2230-2231)

W 2013 r. przeciętne zatrudnienie w Oddziale (w przeliczeniu na pełne etaty) wyniosło 369,7 etatów, tj. wzrosło o 3,2 etatu (o 1,0%) w porównaniu do 2012 r. Poziom wypłaconych wynagrodzeń w 2013 r. był niższy o 133,2 tys. zł od założonego w planie finansowym Oddziału na ten rok.. Wynagrodzenia pracowników stanowiły 59,0% kosztów administracyjnych Oddziału w 2013 r. Czynnikiem generującym wzrost wydatków na wynagrodzenia oraz wzrost poziomu zatrudnienia była konieczność realizacji zadań z zakresu Elektronicznej Weryfikacji Upoważnień Świadczeniobiorców. Zwiększenie przeciętnego zatrudnienia wynikało również z faktu zatrudnienia na umowę o pracę osób zastępujących nieobecnych pracowników³⁶.

(dowód: akta kontroli str. 19-20, 1683-1686)

2.2.2.4 Wydatki inwestycyjne DOW NFZ

Plan wydatków inwestycyjnych na 2013 r., obejmujący inwestycje w zespoły komputerowe (m.in. sieci oraz oprogramowanie) został zwiększony z kwoty 403,6 tys. zł³⁷ do kwoty 5 800,5 tys. zł. Zmiana ta wynikała z wniosków Dyrektora Oddziału do Centrali NFZ, uzasadniających konieczność podjęcia nowych zadań inwestycyjnych. W rezultacie plan wydatków inwestycyjnych na 2013 r. (po zmianach) obejmował wydatki na zespoły komputerowe w kwocie 5 169,5 tys. zł oraz na wartości niematerialne i prawne (pakiety oprogramowania i systemy informatyczne) w wysokości 631,0 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 1692-1748; 1753-1766)

Realizacja wydatków inwestycyjnych wyniosła 5 649,0 tys. zł (97,4% planu). Niewykonanie planu wydatków inwestycyjnych wynikało z „uzyskanych oszczędności przetargowych” w kwocie 131,5 tys. zł (2,3%) oraz z niewydatkowania rezerwy w kwocie 20,0 tys. zł (0,3% planu), przeznaczonej na zabezpieczenie potrzeb związanych z koniecznością zakupu oprogramowania narzędziowego.

(dowód: akta kontroli str. 1518-1520; 1751-1752; 1767-1768)

Zakupów zespołów komputerowych (12 przypadków) DOW NFZ dokonywał w trybie przetargu nieograniczonego, zgodnie z wymogami ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. *Prawo zamówień publicznych*³⁸.

W 2013 r. Oddział nie nabywał i nie zbywał nieruchomości oraz nie najmował dodatkowej powierzchni biurowej.

(dowód: akta kontroli str. 24-26; 40-41; 89-91; 1589-1590; 1634-1635; 1651-1652; 1687-1691; 1751-1752; 1767-1768)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Pomimo niskiego, bo wynoszącego 0,7%, udziału kosztów administracyjnych w kosztach ogółem Oddziału, NIK zwraca uwagę na celowość prognozowania, bądź sygnalizowania zasadności dostosowywania poszczególnych rodzajów kosztów administracyjnych w planie finansowym Oddziału, do poziomu zbliżonego do ich realnego wykonania.

³⁶ Np. wg stanu na koniec 2013 r. w związku z przebywaniem pracowników na długotrwałych zwolnieniach lekarskich i urlopach macierzyńskich zawarto 10 umów na zastępstwo, co skutkowało podwójnym wliczaniem etatów do poziomu zatrudnienia.

³⁷ DOW NFZ w pierwotnie przedłożonym Centrali NFZ w dniu 31 lipca 2012 r. projekcie planu inwestycyjnego określił zapotrzebowanie na realizację potrzeb inwestycyjnych w łącznej kwocie 6 230,7 tys. zł.

³⁸ Dz. U. z 2013 r., poz. 907 ze zm.

ratujących życie⁴⁹. W dwóch z tych kontroli zbadana została m.in. zasadność uwzględniania świadczeń przedstawianych przez świadczeniodawców jako „ratujące życie”. W jednej z kontroli DOW NFZ stwierdził nieprawidłowości związane m.in. z wykazywaniem tego rodzaju świadczeń, co skutkowało ich zakwestionowaniem w łącznej kwocie 412,9 tys. zł oraz nałożeniem na świadczeniodawcę kar w wysokości 110,5 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 1951-1955; 2052; 2242-2252; 2254-2257)

2.2.2.8. Kontrole ordynacji lekarskich oraz aptek

W 2013 r. Oddział przeprowadził łącznie 71 kontroli ordynacji lekarskich oraz aptek, w tym 53 obejmowały okres poprzedzający 2013 r.

W wyniku przeprowadzenia 39 kontroli aptek (w tym 26 dotyczyło okresu poprzedzającego 2013 r.), Oddział zakwestionował refundacje w łącznej kwocie 133,0 tys. zł (w tym 132,8 tys. zł dotyczyło okresu sprzed 2013 r.). Wyegzekwowana kwota zakwestionowanych refundacji wyniosła 36,8 tys. zł (tj. 28%).

Przeprowadzenie przez Oddział 32 kontroli ordynacji lekarskich (w tym 27 obejmujących lata ubiegłe) skutkowało nałożeniem kar w łącznej kwocie 165,7 tys. zł (w tym 161,0 tys. zł dotyczyło lat ubiegłych). Wyegzekwowano 153,0 tys. zł kar.

Oddział podejmował działania w celu wyegzekwowania pozostałej kwoty 108,9 tys. zł, obejmującej 96,2 tys. zł z tytułu refundacji oraz 12,7 tys. z tytułu ordynacji. W wyniku kontroli ordynacji lekarskich i aptek przeprowadzonych w 2013 r. Oddział złożył dwa zawiadomienia o możliwości popełnienia przestępstwa⁵⁰.

(dowód: akta kontroli str. 1973-1984; 2042-2045; 2053-2059)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Ilość kontroli przeprowadzonych przez DOW NFZ w 2013 r. może nie gwarantować pożądanego poziomu weryfikacji prawidłowości realizacji umów zawartych przez Oddział ze świadczeniodawcami. W 2013 r. kontroli poddano bowiem jedynie 119 z 2864, tj. 4,2% umów na świadczenia zdrowotne⁵¹. Z-ca Dyrektora Oddziału ds. Ekonomiczno-Finansowych wyjaśniła, że sytuacja ta wynikała z braku możliwości zwiększenia zatrudnienia w tym obszarze, co wynikało z ograniczenia środków finansowych na wynagrodzenia.

(dowód: akta kontroli str. 2240-2241)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości, działalność Oddziału w zbadanym zakresie.

3. Realizacja wniosków pokontrolnych NIK

Opis stanu
faktycznego

W wyniku kontroli P/12/121, przeprowadzonej przez NIK w DOW NFZ w zakresie wykonania planu finansowego w 2011 r., sformułowano cztery wnioski pokontrolne. Wszystkie wnioski zostały przez Oddział przyjęte do realizacji.

(dowód: akta kontroli str. 1293-1305)

Ustalone
nieprawidłowości

Podjęte przez Dyrektora DOW NFZ działania na rzecz realizacji wniosków pokontrolnych NIK, skierowanych po kontroli wykonania planu finansowego w 2011 r., nie zapewniły realizacji dwóch z nich, gdyż: [1] ujawniono dziewięć przypadków (na 140 aneksowanych umów wieloletnich w rodzaju SZP) niedochowania terminu uzgodnień warunków finansowych przewidzianych dla tych umów; [2] mimo prowadzonych przez DOW NFZ

⁴⁹ Badana próba objęła 15 postępowań kontrolnych (na podstawie wystąpień pokontrolnych) przeprowadzonych w zakresie leczenia szpitalnego, ze szczególnym uwzględnieniem świadczeń w zakresie kardiologii, neurochirurgii, neurologii oraz anestezjologii i intensywnej terapii. Kontrole te mogły obejmować oprócz świadczeń wykazywanych jako „ratujące życie” również inne świadczenia.

⁵⁰ W każdej z tych spraw stwierdzono ryzyko m.in. popełnienia na szkodę NFZ przestępstwa stypizowanego w art. 286 ustawy - Kodeks karny.

⁵¹ Ponadto Oddział zrealizował 42 z 70 zaplanowanych kontroli. Odstąpienie od ich przeprowadzenia wynikało m.in. z konieczności realizacji pilnych kontroli doraźnych.

analiz i kontroli wewnętrznych w dalszym ciągu występowały przypadki nakładania się czasu pracy personelu medycznego.

(dowód: akta kontroli str. 105-109; 319; 321-347; 1276-1290; 1479-1495; 2269-2272; 2323-2396)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości, realizację wniosków pokontrolnych NIK, sformułowanych po kontroli wykonania planu finansowego Oddziału w 2011 r.

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*⁵², wnosi o:

1. Zabezpieczenie ubezpieczonym optymalnej dostępności do świadczeń zdrowotnych poprzez m.in. zmniejszenie obszarów kontraktowania z województwa na grupy powiatów, powiaty, czy gminy.
2. Doprowadzenie do zmniejszenia liczby osób oczekujących na udzielenie świadczenia medycznego i zwiększenie dostępności do opieki zdrowotnej na terenie działania DOW NFZ.
3. Oszacowanie przez Oddział potrzeb na świadczenia zdrowotne niedostępne na terenie województwa dolnośląskiego, jak również podjęcie działań mających na celu przekonanie/zachęcenie potencjalnych świadczeniodawców do rozszerzenia o takie świadczenia zakresu udzielanej opieki zdrowotnej.
4. Wyeliminowanie z umów na świadczenia zdrowotne przypadków nakładania się czasu pracy personelu medycznego.
5. Podjęcie działań umożliwiających zwiększenie przez Oddział ilości kontroli świadczeniodawców w zakresie realizacji umów zawartych na wykonywanie świadczeń zdrowotnych.
6. Wykorzystywanie dostępnych instrumentów prawnych w celu dyscyplinowania podmiotów ubiegających się o wykonywanie świadczeń zdrowotnych i realizujących te świadczenia w przypadku podawania w składanych ofertach nieprawdziwych informacji lub nieterminowego przekazywania sprawozdań dotyczących kolejek oczekujących, w tym sprawozdań zawierających nierzetelne dane.
7. Wyegzekwowanie kwot refundacji leków, zakwestionowanych w wyniku przeprowadzonych przez Oddział kontroli aptek i ordynacji lekarskich.
8. Zapewnienie pełnej realizacji wniosków pokontrolnych, skierowanych przez Najwyższą Izbę Kontroli po kontroli wykonania planu finansowego Oddziału w 2011 r.

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 we Wrocławiu.

⁵² Dz. U. z 2012 r., poz. 82 ze zm.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 *ustawy o NIK* proszę o poinformowanie Delegatury Najwyższej Izby Kontroli we Wrocławiu, 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.

Wrocław, dnia 18 lipca 2014 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura we Wrocławiu

DYREKTOR
Delegatura Najwyższej Izby Kontroli
we Wrocławiu
z up.

.....Zdzisław Poreba....
p.o. Wicedyrektor
Podpis

Stech
mmmm