



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura we Wrocławiu

LWR – 4101-025-01/2014

P/14/063

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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/14/063 – Funkcjonowanie podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura we Wrocławiu
Kontrolerzy	1. Edward Klatka, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 89836 z dnia 8 września 2014 r. oraz nr 89883 z dnia 15 grudnia 2014 r. 2. Grzegorz Fikus, młodszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 89875 z dnia 24 listopada 2014 r. (dowód: akta kontroli str. 1-6)
Jednostka kontrolowana	Dolnośląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, ul. Joannitów 6, 50-525 Wrocław, (dalej DOW NFZ lub Oddział)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Wioletta Niemiec, Dyrektor DOW NFZ (dowód: akta kontroli str. 7-8)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Uzasadnienie oceny ogólnej

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości ¹ działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

Powyższą ocenę ogólną uzasadniają oceny cząstkowe badanych obszarów. Działalność jednostki kontrolowanej została oceniona pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości w zakresie: zapewnienia dostępności do świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) jak również kontraktowania świadczeń. Pozytywnie oceniono zaś działalność w obszarze monitorowania realizacji i rozliczania tych świadczeń. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły w szczególności: **[1]** wydłużenia czasu oczekiwania na świadczenia AOS w zakresie kardiologii i diabetologii, **[2]** przeprowadzenia postępowania w trybie rokowań pomimo, braku przesłanek do zastosowania tego trybu, **[3]** zawarcia umów ze świadczeniodawcami niezgodnie z postanowieniami art. 154 ust 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych², **[4]** podejmowania decyzji przez komisję konkursową w postępowaniach o udzielenie świadczeń bez zachowania wymaganego kworum.

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

² Dz.U. z 2008 r. Nr 164 poz. 1027 ze zm. zwana dalej: ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Zapotrzebowanie na świadczenia POZ i AOS.

Opis stanu
faktycznego

DOW NFZ zabezpieczył dostęp do świadczeń POZ w latach 2012-2014 na terenie każdej gminy³. Świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju AOS⁴ w zakresie kardiologii i diabetologii kontraktowane były dla obszarów powiatów⁵, a kompleksowa ambulatoryjna opieka specjalistyczna (KAOS) nad pacjentem z cukrzycą dla grup powiatów, zgodnie z wytycznymi Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia⁶ (dalej: NFZ). Przyjmując dane obszary kontraktowania brano pod uwagę informacje o potencjale i zasobach świadczeniodawców na danym terenie oraz posługiwano się danymi dotyczącymi dotychczasowej realizacji świadczeń. Kierowano się zasadą, aby dla $\frac{3}{4}$ takiego obszaru istniał potencjał wykonawczy, tj. funkcjonowały podmioty lecznicze mogące udzielać świadczenia zdrowotne. Obszar województwa planowano w przypadku, kiedy maksymalnie dla $\frac{1}{2}$ grup powiatów funkcjonowały podmioty lecznicze mogące udzielać tego typu świadczenia. W 2012 r. DOW NFZ w celu zwiększenia dostępności świadczeń zmienił obszary kontraktowania z województwa na grupy powiatów w przypadku 15 zakresów świadczeń oraz z grupy powiatów na powiaty w przypadku 3 zakresów.

(dowód: akta kontroli str. 11-18, 185-186, 272-274, 423-428, 453-458, 1357-1650, 1955-2377, 2470-2564, 2565-2599, 2718-2811, 2830-2834, 2882-2891)

Przyjętym miernikiem dostępności świadczeń był poziom nakładów na 10 tysięcy mieszkańców. Do analiz dostępności świadczeń służyły dane dotyczące, między innymi: rodzaju i zakresu świadczeń, obszarów kontraktowania oraz stopnia realizacji kontraktów. Dane te umożliwiały również sporządzanie prognoz wykonania świadczeń w trakcie roku.

(dowód: akta kontroli str. 423-428, 453-458)

W okresie od stycznia 2012 do czerwca 2014 r. przy planowaniu środków na realizację świadczeń POZ i AOS, Oddział kierował się przede wszystkim analizą dotychczasowej realizacji świadczeń. W tym celu weryfikowano dane dotyczące zakontraktowanych i zrealizowanych świadczeń. Przy planowaniu świadczeń zdrowotnych w rodzaju AOS na 2012 r. w związku z wprowadzeniem systemu jednorodnych grup pacjentów zakładano wzrost wartości planu finansowego. Również w 2013 r. zaplanowano wzrost nakładów na świadczenia AOS w związku z zamiarem wyrównywania dostępności i zbliżenia wartości nakładów do średniej krajowej w zakresach świadczeń zaliczanych do priorytetów centralnych (tj. kardiologii, oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu), w których odległość od średniej krajowej była większa niż 20% oraz innych 20 zakresach świadczeń, w przypadku których nakłady były również znacząco niższe (o więcej niż 20% od średniej krajowej).

(dowód: akta kontroli str. 2312-2327)

W odniesieniu do analiz jakości na etapie kontraktowania świadczeń Dyrektor Oddziału Wioletta Niemiec wskazała, że na etapie ustalania obszarów kontraktowania, tj. przed ogłoszeniem postępowań konkursowych Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) nie posiadał informacji o ewentualnych realizatorach umów

³ W latach 2012-2014 świadczenia POZ realizowało odpowiednio 703, 700 i 704 świadczeniodawców.

⁴ W okresie poddanym kontroli obszarami kontraktowania w zakresie AOS były powiaty, grupy powiatów lub województwo.

⁵ W latach 2012-2014 świadczenia AOS realizowało odpowiednio 588 (z uwzględnieniem, iż od 1 września 2012 obowiązywały nowe umowy wieloletnie), 523 i 520 świadczeniodawców (w tym w zakresie kardiologii 84 w 2012 r. i po 70 w latach 2013-2014, w zakresie diabetologii 65 w 2012 r. i po 50 w latach 2013-2014, a także po 5 świadczeniodawców w każdym roku w zakresie kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nad pacjentem z cukrzycą).

⁶ Wytyczne przewidywały dla kardiologii jako sugerowany obszar kontraktowania wyłącznie powiat, dla diabetologii powiat lub grupę gmin, a dla KAOS grupę powiatów lub powiat.

i dopiero rozstrzygnięcie postępowań konkursowych pozwalało wyłonić najlepszych wykonawców umów w oparciu o ocenę złożonych ofert. Ocena ta dokonywana była jednakowo dla wszystkich oferentów, na podstawie wymagań określonych w odpowiednich zarządzeniach Prezesa NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 423-428, 453-458)

DOW NFZ dla wybranych zakresów świadczeń AOS, tj. kardiologii, endokrynologii i neurologii prowadził analizy jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, umożliwiające między innymi ustalenie udziału świadczeń o charakterze zabiegowym i zachowawczym, typów udzielanych świadczeń, ilości wizyt pacjentów. Prowadzono również analizy dotyczące potencjału wykonawczego świadczeniodawców w celu określenia szacunkowej maksymalnej rocznej kwoty kontraktu. W październiku 2014 r. przeprowadzona została również analiza efektywności świadczeń AOS w oparciu o opracowany w Centrali NFZ „Model oceny efektywności działania wybranych poradni specjalistycznych i pracowni diagnostycznych w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna”, którą wykorzystano do rozdziału dodatkowych środków finansowych w bieżącym roku.

(dowód: akta kontroli str. 423-428, 453-458, 510-522)

W 2012 r. plan finansowy⁷ w rodzaju POZ wynosił 570.329 tys. zł (wzrost w stosunku do planu pierwotnego o 5.600 tys. zł), a w 2013 r. 577.015 tys. zł (wzrost w stosunku do planu pierwotnego o 4.000 tys. zł). Według planu finansowego na 2014 r.⁸ plan w rodzaju POZ wynosił 580.515 tys. zł (wzrost w stosunku do planu pierwotnego o 5.000 tys. zł). W rodzaju AOS plan finansowy wynosił w 2012 r. 391.664 tys. zł (zmniejszenie w stosunku do planu pierwotnego o 1.991 tys. zł), a w 2013 r. 397.364 tys. zł (wzrost w stosunku do planu pierwotnego o 5.016 tys. zł). Według planu finansowego na 2014 r. plan w rodzaju AOS wynosił 419.190 tys. zł (wzrost w stosunku do planu pierwotnego o 32.730 tys. zł). Plan finansowy na 2012 r. w rodzaju POZ wykonano w kwocie 569.930,19 tys. zł, tj. w 99,93 %, a w rodzaju AOS w kwocie 388.093,21 tys. zł, tj. w 99,09%. W 2013 r. plan finansowy w rodzaju POZ wykonano w kwocie 576.163,18 tys. zł, tj. w 99,85 %, a w rodzaju AOS w kwocie 392.832,91 tys. zł, tj. w 98,86%. Znaczny wzrost nakładów na świadczenia AOS nastąpił w 2012 r. w stosunku do 2011 r. (o 14%, tj. 47.655,12 tys. zł). W 2014 r. w przypadku realizacji planu finansowego na dotychczasowym poziomie⁹ nastąpi ponownie istotny wzrost nakładów na świadczenia w rodzaju AOS.

(dowód: akta kontroli str. 1235-1305, 1651-1874)

W latach 2010-2013 systematycznie rosła¹⁰ liczba zakontraktowanych jednostek rozliczeniowych w zakresie kardiologii i diabetologii na terenie województwa dolnośląskiego (z 1147021 punktów w 2010 r. do 1968936 punktów w 2013 r. w zakresie kardiologii oraz z 403298 punktów w 2010 r. do 536061 punktów w 2013 r. w zakresie diabetologii). W tym okresie również wzrosła wartość zakontraktowanych świadczeń w kardiologii z 10.544,2 tys. zł do 17.617,2 tys. zł, a w diabetologii z 3.709,5 tys. zł do 4.863,9 tys. zł. W kardiologii i diabetologii wzrosła także wartość sfinansowanych świadczeń odpowiednio z 10.474,3 tys. zł do 17.559,4 tys. zł i z 3.684,0 tys. zł do 4.851,1 tys. zł. W 2014 r. (według stanu na wrzesień 2014 r.) zakontraktowano w zakresie diabetologii 544518 jednostek rozliczeniowych, a w kardiologii 1919097, zaś wartość zakontraktowanych świadczeń w zakresie diabetologii wynosiła 4.941,8 tys. zł, a kardiologii 17.418,0 tys. zł. Pomimo wzrostu nakładów na świadczenia AOS, w badanych zakresach

⁷ Poprzez „plan finansowy” należy rozumieć plan finansowy po zmianach.

⁸ Według zmiany z 12 grudnia 2014 r.

⁹ Według sprawozdania finansowego za październik 2014 r. plan finansowy był zrealizowany w 78,97 % w stosunku do planu całorocznego i w 94,77% w stosunku do planu na okres od stycznia do października 2014 r.

¹⁰ Analiza dokonana w oparciu o dane kontraktów po zmianach.

świadczeń, tj. kardiologii i diabetologii, średnia wojewódzka wartości zakontraktowanych świadczeń na 10 tys. mieszkańców latami 2010-2013 stanowiła od 76% do 81 % średniej krajowej w zakresie kardiologii. W przypadku diabetologii średnia ta wynosiła odpowiednio w kolejnych latach 70%, 71%, 72% i 70%. Przy czym średnią wojewódzką wartość zakontraktowanych świadczeń w zakresie kardiologii, spośród 27 wyodrębnionych obszarów (powiatów) w latach 2010-2012, a od 2013 r. z 28 obszarów, w których zakontraktowano te świadczenia, przekraczały wyłącznie miasta na prawach powiatu (z wyłączeniem Wałbrzycha) oraz powiat oławski i lubiński (tj. 18,52% obszarów zakontraktowanych w latach 2010-2012), a także nieznacznie powiat legnicki w 2013 r. (tj. 21,42% obszarów zakontraktowanych w 2013 r.) W zakresie diabetologii na 27, a od 2013 r. na 28 wyodrębnionych obszarów, średnia wojewódzka wartość zakontraktowanych świadczeń w zakresie diabetologii była przekroczona w 2010 r. w dziewięciu obszarach, a w latach 2011-2013 r. w dziesięciu obszarach (tj. 35,71% obszarów zakontraktowanych w 2013 r.).

(dowód: akta kontroli str. 3010-3028)

W zakresie KAOS nad pacjentem z cukrzycą wartość zakontraktowanych świadczeń wzrosła w latach 2011-2014 z 1.165,7 tys. zł do 1.346.2 tys. zł. Średnia wojewódzka nakładów na ten zakres świadczeń była wyższa, w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców, od średniej krajowej.

(dowód: akta kontroli str. 3388-3389, 3849)

W latach 2012-2014 r. na terenie województwa dolnośląskiego występowały również tzw. „białe plamy”, tj. obszary, w których nie była udzielana część świadczeń zdrowotnych. W przypadku świadczeń AOS objętych badaniem¹¹ dotyczyło to w zakresie diabetologii powiatów: lubańskiego, jeleniogórskiego¹² i milickiego przez cały ww. okres, a w 2012 r. również powiatu lwóweckiego. Świadczeń AOS w zakresie kardiologii nie wykonywano na terenie powiatu lubańskiego w latach 2012-2014, a w 2012 r. również na terenie powiatu lwóweckiego. KAOS nad pacjentem z cukrzycą nie była zaś realizowana na terenie powiatów: głogowskiego, górowskiego, jaworskiego, legnickiego, lubińskiego, polkowickiego, złotoryjskiego oraz Legnicy – miasta na prawach powiatu. Powodem tego stanu był brak oferentów zainteresowanych udzielaniem świadczeń we wskazanych powyżej zakresach w ramach umowy z NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 272-274, 1955-2377, 2470-2564, 2565-2599, 2718-2811, 3010-3028, 3375-3376, 3381-3389)

Ponadto w badanym okresie w części obszarów kontraktowania nie udzielano świadczeń zdrowotnych w rodzaju AOS w łącznie kolejnych 12 zakresach świadczeń¹³. Dla województwa dolnośląskiego nie zakontraktowano również badań echokardiograficznych płodu.

¹¹ Po wydzieleniu z powiatu wałbrzyskiego od 1 stycznia 2013 r. Wałbrzycha – jako miasta na prawach powiatu, DOW NFZ nie przeprowadzał nowego konkursu dla obszaru tego miasta na świadczenia w rodzaju AOS, w zakresie kardiologii i diabetologii.

¹² Na obszarze Jeleniej Góry – miasta na prawach powiatu, świadczenia w tym zakresie były zakontraktowane.

¹³ [1] świadczenia w zakresie alergologii (02.1010.001.02) - powiat bolesławiecki, lwówecki, milicki, złotoryjski, [2] świadczenia w zakresie ginekologii dla dziewcząt (02.1453.001.02) – region legnicki, a w latach 2013-2014 również region wałbrzyski, [3] świadczenia w zakresie gruźlicy i chorób płuc (02.1270.001.02) - powiat górowski, lubański, lwówecki, milicki, średzki, trzebnicki, a w latach 2013-2014 również powiat legnicki [4] świadczenia w zakresie kardiologii dziecięcej (02.1101.001.02) – region jeleniogórski w latach 2013-2014, [5] świadczenia w zakresie leczenia osteoporozy (02.1584.001.02) – region wałbrzyski, a w latach 2013-2014 również region jeleniogórski, [6] świadczenia w zakresie leczenia wad postawy u dzieci i młodzieży (02.1583.001.02) – region jeleniogórski, [7] świadczenia w zakresie leczenia zęza (02.1604.001.02) – region jeleniogórski, [8] świadczenia w zakresie otolaryngologii dziecięcej (02.1611.001.02) – region jeleniogórski, [9] świadczenia w zakresie preluksacji (02.1587.001.02) – region jeleniogórski, [10] świadczenia w zakresie reumatologii (02.1280.001.02) – powiat trzebnicki, a w latach 2013-2014 również powiat legnicki, [11] świadczenia w zakresie urologii 02.1640.001.02 – powiat jeleniogórski, kamiennogórski, lubański,

(dowód: akta kontroli str. 1955-2377, 2470-2564, 2565-2599, 2718-2811)

W celu poprawy dostępności do świadczeń w 2013 r. zakontraktowano świadczenia w zakresie diabetologii, kardiologii, urologii oraz dermatologii i wenerologii na terenie powiatu lwóweckiego. W 2014 r. (od października) zakontraktowano również świadczenia w zakresie kardiologii na obszarze powiatu lubańskiego.

(dowód: akta kontroli str. 1955-2377, 2470-2564, 2565-2599, 2718-2811, 3375-3378)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Od drugiego kwartału 2012 r. nastąpiło wydłużenie czasu oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej w AOS w zakresie kardiologii i diabetologii. Stan ten dotyczył przypadków stabilnych w poradni kardiologicznej, gdzie czas oczekiwania wzrósł z 40 dni do 58 w drugim kwartale 2014 r. W tym samym czasie wydłużył się również średni ważony czas oczekiwania¹⁴ na świadczenia w tej poradni z 86,9 dnia do 129,3 dnia. Wydłużeniu z 55,5 dnia do 73,3 dnia uległ również średni ważony czas oczekiwania na świadczenia w poradni diabetologicznej. Podejmowane w badanym okresie działania DOW NFZ, polegające na zwiększeniu finansowania przedmiotowych świadczeń nie doprowadziły do skrócenia czasu oczekiwania na świadczenia. W złożonych wyjaśnieniach Dyrektor DOW NFZ wskazała, że wzrost czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych mógł wynikać ze zmiany zasad sprawozdawczości dotyczącej kolejek, które nastąpiły od lutego 2012 r. i doprowadziły do urealnienia danych w tym zakresie.

(dowód: akta kontroli str. 488-507, 635-638, 3010-3013, 3039-3165)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

1. NIK zwraca uwagę na przekroczenia norm dotyczących liczby świadczeniobiorców przypadających na lekarza POZ - 2750 osób, pielęgniarkę POZ - 2750 osób i położną POZ – 6600 osób. Dotyczyło to w latach 2012-2014¹⁵ odpowiednio 4,82%, 4,90% i 3,62% lekarzy POZ, 6,29%, 5,74% i 4,58% pielęgniarek POZ oraz 2,75%, 2,22% i 2,29% położnych POZ¹⁶. W tym okresie stwierdzono, między innymi, że w 2012 r. jeden z lekarzy posiadał 5330 zadeklarowanych pacjentów, w 2013 r. świadczeń udzielał lekarz z zadeklarowaną liczbą 4801 pacjentów, a w 2014 r. z liczbą 5288 świadczeniobiorców. Jeszcze wyższe przekroczenia norm występowały w przypadku pielęgniarek – w 2012 r. świadczeń udzielała pielęgniarka z zadeklarowaną liczbą 8139 pacjentów, w 2013 r. z 8216 pacjentami, a w 2014 r. z liczbą 9882 pacjentów. Przed rokiem 2013 odstępstwa od tych maksymalnych wówczas norm mogły występować wyłącznie za zgodą Dyrektora Oddziału¹⁷. W latach 2011-2012 zaledwie 11 świadczeniodawców wystąpiło do Dyrektora DOW NFZ o zgodę na przekroczenie maksymalnej liczby świadczeniobiorców przypadających na lekarza, pielęgniarkę lub położną POZ. Wydając przedmiotowe zgody wskazano, że były one podyktowane dobrem pacjentów, którzy mogliby utracić dostępność do świadczeń. Zgody te wydano wyłącznie na okres do końca 2011 r. podnosząc, że zwiększona liczba

polkowicki, wrocławski, a w 2012 r. również powiat lwówecki, [12] świadczenia w zakresie dermatologii i wenerologii (02.1200.001.02) – powiat lwówecki w roku 2012.

¹⁴ Średnia ważona średniego czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne, uwzględniająca ilość pacjentów w kolejce, została obliczona w następujący sposób: jako suma iloczynów ilości osób oczekujących i średnich czasów oczekiwania wykazanych przez świadczeniodawców w poszczególnych kolejkach za dany okres, następnie podzielona przez sumę ilości osób oczekujących za ten okres.

¹⁵ Dane według stanu na 31 grudnia danego roku pozyskane na dzień 6 listopada 2014 r.

¹⁶ Przekroczenia występowały w 2012 r. w przypadku 109 lekarzy, 120 pielęgniarek i 17 położnych, w 2013 r. w przypadku 112 lekarzy, 111 pielęgniarek i 14 położnych, a w 2014 r. w przypadku 88 lekarzy, 90 pielęgniarek i 15 położnych.

¹⁷ Zgodnie z Zarządzeniami Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia: 1) Nr 74/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 grudnia 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna i 2) Nr 85/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

zadeklarowanych pacjentów wpływa na dostępność i jakość udzielanych świadczeń. Od 2013 r. zmienione zostały¹⁸ regulacje zawarte w Zarządzeniu Prezesa NFZ Nr 85/2011/DSOZ dotyczące zawierania umów w rodzaju POZ. Tym samym ustalone dotychczas maksymalne normy określono jako zalecane i usunięto zapis dotyczący konieczności uzyskania zgody od Dyrektora Oddziału NFZ na przekroczenie tych norm. W grudniu 2013 r. DOW NFZ skierował do świadczeniodawców POZ, u których odnotowano przekroczenia, pisma wskazujące na konieczność podjęcia działań mających na celu zapewnienie spełniania norm dotyczących liczby świadczeniobiorców przypadających na lekarza, pielęgniarkę i położną POZ. W udzielonych wyjaśnieniach świadczeniodawcy zobowiązali się do podjęcia działań w celu doprowadzenia do spełniania zalecanych norm. Zdaniem NIK przekroczenia norm świadczeniobiorców przypadających na lekarza, pielęgniarkę i położną POZ powodowały, że nie było zapewnionej optymalnej dostępności do realizowanych przez nich świadczeń. Tym samym dostępność do usług zdrowotnych na zasadach określonych w art. 28 ustawy o świadczeniach zdrowotnych oraz wynikających z umów zawartych z NFZ mogła być ograniczona.

(dowód: akta kontroli str. 423-428, 453-483, 519-529, 644-645, 2882-2929, 3392-3393)

2. Pomimo wzrostu nakładów na świadczenia w zakresie diabetologii i kardiologii w latach 2010-2013, średnia wojewódzka nakładów w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców nadal znacznie odbiegała w 2013 r. od średniej krajowej (w przypadku kardiologii była niższa o 19%, a w przypadku diabetologii o 30%)¹⁹. Dalsze nierówności generuje podział środków na poszczególne obszary kontraktowania tj. powiaty w województwie. W zakresie kardiologii średnia wojewódzka wartość zakontraktowanych świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców była w latach 2012 i 2013 przekroczona jedynie w miastach na prawach powiatów (Jeleniej Górze, Legnicy i Wrocławiu) oraz w powiecie oławskim i lubińskim, a w 2013 r. również w powiecie legnickim. W pozostałych powiatach wartość zakontraktowanych świadczeń była niższa od średniej wojewódzkiej, przy czym w 2012 r. w 11 z 27 obszarów, w których zakontraktowano świadczenia, a w 2013 r. w 7 z 28 takich obszarów była niższa od połowy tej średniej. Wartość wykonanych świadczeń również pozostawała znacznie poniżej średniej wojewódzkiej. W 2012 r. w 10 z 27 obszarów zakontraktowanych, a 2013 r. w 5 z 28 takich obszarów była niższa od połowy średniej wojewódzkiej. W diabetologii opisana tendencja miała węższy zakres. Średnia wojewódzka wartość zakontraktowanych świadczeń była przekroczona w latach 2012-2013 w 10 obszarach kontraktowania. W tych samych latach odpowiednio w czterech i pięciu powiatach wartość zakontraktowanych i wykonanych świadczeń była niższa od połowy średniej wojewódzkiej. Dyrektor DOW NFZ wyjaśniła, że zróżnicowanie poziomu finansowania w poszczególnych obszarach kontraktowania w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców wynikało z uwarunkowań takich jak liczba funkcjonujących podmiotów na danym terenie udzielających świadczeń w określonym zakresie, możliwości pozyskania specjalistów z danej dziedziny przez podmioty ubiegające się o zawarcie umów z NFZ, poziom zawartych umów i realizacji świadczeń w poprzednich latach wynikających niejednokrotnie z możliwości wyboru przez pacjenta lekarza oraz podmiotu udzielającego świadczeń (np. poradni funkcjonującego w dużych ośrodkach zapewniających kompleksową opiekę nad pacjentem z różnych dziedzin medycyny czy też poradni przy wielospecjalistycznych ośrodkach udzielających

¹⁸ Zarządzenie Nr 86/2012/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 grudnia 2012 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

¹⁹ Średnia wojewódzka wartość zakontraktowanych świadczeń w 2013 r. w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców w zakresie diabetologii wyniosła 16,7 tys. zł przy średniej krajowej wynoszącej 23,7 tys. zł, a w przypadku kardiologii 60,5 tys. zł przy średniej krajowej 74,5 tys. zł.

świadczeń stacjonarnych w ramach tej samej specjalności medycznej). Według Pani Dyrektor nie tylko migracja pacjentów wewnątrz województwa miała wpływ na poziom finansowania w poszczególnych obszarach, ale również migracja pacjentów spoza województwa do jednostek o wyższej referencyjności.

(dowód: akta kontroli str. 3010-3028)

3. W latach 2012-2014 r. na obszarze województwa dolnośląskiego nie były dostępne świadczenia w rodzaju AOS w zakresie badań echokardiograficznych płodu. Ponadto w części obszarów kontraktowania nie udzielano w badanym okresie świadczeń łącznie z 15 zakresów w rodzaju AOS. NIK zwraca uwagę na konieczność podjęcia efektywnych działań w celu doprowadzenia do optymalnej dostępności świadczeń dla świadczeniobiorców poprzez zapewnienie realizacji świadczeń w tych zakresach i w obszarach, w których dotychczas nie były one udzielane.

(dowód: akta kontroli str. 1955-2377, 2470-2564, 2565-2599, 2718-2811)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości działalność kontrolowanej jednostki w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń medycznych.

2. Postępowania o udzielanie świadczeń w rodzaju AOS

Opis stanu faktycznego

W okresie od 2012 do 2014 r. w Oddziale prowadzono 623 postępowania na udzielanie świadczeń medycznych w rodzaju AOS na lata 2012-2015 (do 30 czerwca 2015 r.)²⁰ lub okresy krótsze, z tego w trybie konkursu ofert 613 postępowań, a w trybie rokowań 10 postępowań. W postępowaniach tych uczestniczyło 611 świadczeniodawców, z których wybrano 535. Łącznie rozstrzygnięto 573 postępowania, w tym 566 prowadzonych w trybie konkursu ofert, a siedem w trybie rokowań. Na świadczenia w zakresie diabetologii – rozstrzygnięto 29 postępowań (w tym jedno przeprowadzone w trybie rokowań), w zakresie KAOS nad pacjentem z cukrzycą – rozstrzygnięto trzy postępowania, a w zakresie kardiologii – 33 postępowania. Ostatecznie 50 postępowań zostało unieważnionych (47 prowadzonych w trybie konkursu ofert, a trzy w trybie rokowań), w tym cztery w zakresie kardiologii, przeprowadzone w trybie konkursu ofert. W badanym okresie nie wystąpiły przypadki unieważnienia postępowań w zakresie diabetologii i KAOS nad pacjentem z cukrzycą.

(dowód: akta kontroli str. 1399-1404, 3981-3991)

Ponadto w latach 2010-2011 prowadzono 706 postępowań na udzielanie świadczeń medycznych w rodzaju AOS, w okresie obejmującym 2012 r. (najdłużej do końca 2012 r.), w tym 576 w trybie konkursu ofert, a 130 w trybie rokowań. W postępowaniach uczestniczyło 859 świadczeniodawców, z których wybranych zostało 710 świadczeniodawców. Łącznie rozstrzygniętych zostało 629 postępowań (526 postępowań prowadzonych było w trybie konkursu ofert i 103 w trybie rokowań), w tym w zakresie diabetologii – 26 postępowań (25 w trybie konkursu ofert i jedno w trybie rokowań), w zakresie KAOS nad pacjentem z cukrzycą – cztery postępowania (jedno w trybie konkursu ofert i trzy w trybie rokowań), a w zakresie kardiologii – 34 postępowania (30 w trybie konkursu ofert i cztery w trybie rokowań). Ostatecznie 77 postępowań zostało unieważnionych (50 prowadzonych w trybie konkursu i 27 w trybie rokowań), w tym pięć postępowań konkursowych w zakresie diabetologii oraz po dwa postępowania konkursowe w zakresie KAOS nad pacjentem z cukrzycą i kardiologii.

²⁰ DOW NFZ wypowiedział od 1 czerwca 2012 r., ze skutkiem na dzień 31 sierpnia 2012 r, zawarte wieloletnie umowy w rodzaju AOS, obejmujące okres do końca 2012 r. i przeprowadził postępowania o udzielanie świadczeń na okres od 1 września 2012 r. do 30 czerwca 2015 r.

(dowód: akta kontroli str.3981-3991)

Główną przyczyną unieważnienia postępowań w latach 2010-2014 było odrzucenie wszystkich ofert – w 104 przypadkach (w 76 przypadkach dotyczyło to postępowań prowadzonych w trybie konkursu ofert, a 28 w trybie rokowań), zaś w 23 przypadkach postępowania unieważniono z powodu niezłożenia żadnej oferty (21 postępowań prowadzonych w trybie konkursu ofert i dwa w trybie rokowań).

(dowód: akta kontroli str.197-199)

W rozstrzygniętych postępowaniach prowadzonych w trybie konkursu ofert na wykonywanie świadczeń medycznych w okresie obejmującym w całości lub części lata 2012-2015 (do 30 czerwca 2015 r.) w rodzaju AOS złożono łącznie 5774 ofert, z których wybrano 4022 oferty. W zakresie kardiologii było to odpowiednio 229 i 147 ofert, w zakresie diabetologii złożone zostały 164 oferty, z których wybrano 106, a w zakresie KAOS nad pacjentem z cukrzycą złożonych i wybranych zostało sześć ofert. Komisje konkursowe przeprowadziły w ramach rozstrzygniętych postępowaniach konkursowych w 2678 przypadkach kontrole świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy, w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych podanych w ofertach, w tym w 103 przypadkach w zakresie kardiologii, w 80 przypadkach w zakresie diabetologii, w sześciu przypadkach w zakresie KAOS nad pacjentem z cukrzycą. W 2815 przypadkach komisje konkursowe żądały zaś dostarczenia dokumentów potwierdzających dane lub informacje zawarte w ofertach, w tym w 102 przypadkach w zakresie kardiologii, w 69 przypadkach w zakresie diabetologii oraz w trzech przypadkach w zakresie kompleksowej ambulatoryjnej opieki nad pacjentem z cukrzycą.

(dowód: akta kontroli str.3981-3991)

Łącznie w ww. postępowaniach konkursowych²¹ odrzuconych zostało 655²² ofert, w tym w zakresie kardiologii 34 oferty, a w zakresie diabetologii 9 ofert. Nie odrzucono ofert w zakresie KAOS nad pacjentem z cukrzycą.

(dowód: akta kontroli str.276-340, 3981-3991)

W latach 2010-2014 od rozstrzygnięć podjętych w postępowaniach konkursowych na wykonywanie świadczeń medycznych w okresie obejmującym w całości lub części lata 2012-2015 (do 30 czerwca 2015 r.) wniesiono 555 odwołań, a od decyzji Dyrektora Oddziału jako organu I instancji w sprawie rozpatrzenia ww. odwołań wniesiono łącznie 184 odwołania do Prezesa NFZ²³.

(dowód: akta kontroli str. 3014-3016, 3981-3991)

Zgodnie z art. 161b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej w przypadku, gdy w wyniku przeprowadzonego postępowania w trybie konkursu ofert zostaną zawarte na rok następny umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej powodujące zmniejszenie, na terenie oddziału wojewódzkiego Funduszu, dostępu do świadczeń

²¹ W ramach unieważnionych postępowań konkursowych odrzucono 90 ofert. Ponadto w postępowaniach prowadzonych w trybie rokowań odrzucono 27 ofert (w tym 2 w postępowaniach rozstrzygniętych i 25 w postępowaniach unieważnionych)

²² Główną przyczyną odrzucenia ofert było niespełnienie warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art.146 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, co miało miejsce w przypadku 559 ofert (w 541 przypadkach była to wyłączna przyczyna, a w pozostałych przypadkach zaistniały jeszcze inne przyczyny odrzucenia ofert- np 16 przypadkach poza ww. przyczyną, powodem odrzucenia oferty było dodatkowo również podanie nieprawdziwych informacji). W 12 przypadkach oferty odrzucono wyłącznie z powodu podania nieprawdziwych informacji. Do dalszych najczęściej występujących przyczyn odrzucenia ofert należały: nieważność ofert na podstawie odrębnych przepisów – 33 przypadki (w tym 25 przypadkach poza ww. przyczyną powodem odrzucenia oferty było również nieprzedstawienie przez oferenta wszystkich wymaganych dokumentów i nie uzupełnienie ich w wyznaczonym terminie), nieprzedstawienie przez oferenta wszystkich wymaganych dokumentów i nie uzupełnienie ich w wyznaczonym terminie 32 przypadki, złożenie ofert po terminie – 15 przypadków.

²³ Prezes NFZ utrzymał w mocy 158 decyzji, uchylił 9 decyzji i uwzględnił w całości odwołania, w 7 przypadkach uchylił decyzję i przekazał sprawę organowi I instancji do ponownego rozpatrzenia, w 5 przypadkach stwierdził wniesienie odwołania z uchybieniem terminu, 3 postępowania odwoławcze umorzył, w 2 przypadkach odwołania pozostawił bez rozpatrzenia.

gwarantowanych w danym zakresie w stosunku do roku bieżącego, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może przeprowadzić dodatkowe postępowanie w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. O zamiarze przeprowadzenia dodatkowego postępowania dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu informuje Prezesa Funduszu. W dodatkowym postępowaniu mogą brać udział świadczeniodawcy spełniający warunki dotyczące: 1) personelu medycznego lub 2) wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną - w zakresie warunków wymaganych od świadczeniodawców, określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d tej ustawy, oraz pozostałe warunki realizacji świadczeń gwarantowanych, określone w tych przepisach. Na podstawie powołanego przepisu możliwe zatem było zawieranie umów ze świadczeniodawcami, którzy nie spełniali łącznie wszystkich warunków dotyczących personelu medycznego i wyposażenia w sprzęt oraz aparaturę medyczną. W 2012 r. DOW NFZ zawarł dwie takie umowy w rodzaju AOS: (1) w zakresie badań endoskopowych przewodu pokarmowego (kolonoskopia) i (2) w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu. W 2013 i 2014 r. nie zawarto umów w oparciu o ww. przepis.

(dowód: akta kontroli str.646-651, 3394)

Badaniem objęto dokumentację czterech postępowań konkursowych o udzielanie świadczeń AOS.²⁴ W wyniku badania ustalono, że dokumentacja postępowań zawierała: oznaczenie miejsca i czasu rozpoczęcia postępowania, imiona i nazwiska członków komisji konkursowej, wykaz świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy, wskazanie ofert, które zostały odrzucone wraz z uzasadnieniem, wnioski i oświadczenia członków komisji konkursowej oraz świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy składane w trakcie postępowania, wskazanie ofert, które zostały wybrane, informację o odczytaniu protokołu oraz podpisy członków komisji.

W badanych postępowaniach wszyscy członkowie komisji, po otwarciu ofert, złożyli oświadczenia zgodne z dyspozycją § 5 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r.²⁵ Nie było przypadków wyłączenia członka komisji konkursowej i powołania nowego członka z powodu okoliczności wymienionych w § 5 ust. 2 tego rozporządzenia.

Wybrano oferty spełniające przyjęte kryteria, które w wyniku postępowań konkursowych (w tym prowadzonych negocjacji) otrzymały najwyższą ilość punktów. W dwóch postępowaniach z zakresu diabetologii o świadczenie usług ubiegało się ośmiu oferentów (w tym trzy podmioty publiczne i pięć podmiotów niepublicznych)²⁶. W dwóch postępowaniach z zakresu kardiologii o świadczenie usług ubiegało się 10 oferentów (w tym trzy podmioty publiczne i siedem podmiotów niepublicznych)²⁷.

Komisja konkursowa przeprowadziła kontrole w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie u wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy, których oferty nie zostały odrzucone. W objętych badaniem postępowaniach kontrolą objęto 16 oferentów (siedmiu

²⁴ Tj. dwa postępowanie uwzględniające świadczenia w poradni kardiologicznej i dwa o świadczenia w poradni diabetologicznej, przeprowadzone w 2012 r.: 01-12-001090/AOS/02/1/02.1020.001.02/1 (świadczenia w zakresie diabetologii); 01-12-001248/AOS/02/1/02.1100.001.02/1 (świadczenia w zakresie kardiologii); 01-12-001324/AOS/02/1/02.1100.001.02/1 (świadczenia w zakresie w zakresie kardiologii); 01-12-001370/AOS/02/1/02.1020.001.02/1 (świadczenia w zakresie diabetologii). Postępowania prowadzone w oparciu o „Procedurę konkursu ofert lub rokowań na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych Nr 2011/001/BO/KONTR/5.9). Wszystkie postępowania na okres od 1 września 2012 do 30 czerwca 2015r.

²⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji oraz jej zadań (Dz.U. Nr 273, poz. 2719).

²⁶ 01-12-001090/AOS/02/1/02.1020.001.02/1 – cztery podmioty (dwa publiczne, dwa niepubliczne); 01-12-001370/AOS/02/1/02.1020.001.02/1 – cztery podmioty (jeden publiczny i trzy niepubliczne).

²⁷ 01-12-001248/AOS/02/1/02.1100.001.02/1 – pięć podmiotów (jeden publiczny i cztery niepubliczne); 01-12-001324/AOS/02/1/02.1100.001.02/1 – pięć podmiotów (dwa publiczne i trzy niepubliczne).

w przypadku świadczeń z zakresu diabetologii i dziewięciu w przypadku świadczeń z zakresu kardiologii).

W postępowaniach z zakresu diabetologii (w trzech przypadkach) oraz w postępowaniach z zakresu kardiologii (w trzech przypadkach) żądano dostarczenia dokumentów potwierdzających dane i informacje przekazane w toku postępowania przez świadczeniodawcę ubiegającego się o zawarcie umowy. W badanych postępowaniach odrzucono dwie oferty²⁸. W postępowaniach z zakresu diabetologii wybrano oferty trzech świadczeniodawców (w tym jednego publicznego i dwóch niepublicznych)²⁹. W postępowaniach z zakresu kardiologii wybrano oferty trzech świadczeniodawców (w tym dwóch publicznych i jednego niepublicznego)³⁰.

W wyniku ww. postępowań złożono łącznie dziewięć odwołań³¹. Oferenci wskazywali głównie na: niewybranie ich oferty pomimo zaproszenia do negocjacji w wyniku których ustalono zbieżne stanowiska, niezaproszenia do negocjacji bądź pogorszenia dostępności do świadczeń w wyniku niewybrania oferty.

Wszystkie odwołania zostały oddalone decyzjami DOW NFZ. Od decyzji tych złożono trzy odwołania do Prezesa NFZ³². We wszystkich przypadkach Prezes NFZ utrzymał w mocy decyzje DOW NFZ. Na decyzje Prezesa NFZ nie były wnoszone skargi do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie.

(dowód: akta kontroli str. 945-960, 961-977, 978-993, 994-1010, 1050-1062, 1063-1073, 1074-1084, 1085-1095, 1096-1106, 1107-1121, 1122-1165, 1166-1177, 1178-1223, 1224-1225)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. W 2012 r. przeprowadzono postępowanie w rodzaju AOS³³ w trybie rokowań na udzielanie świadczeń medycznych na obszarze Wrocławia, pomimo iż nie było przesłanek do zastosowania tego trybu. Przedmiotowe postępowanie zostało przeprowadzone w trybie rokowań w oparciu o art. 144 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej stanowiący, że rokowania przeprowadza się w przypadku jeżeli uprzednio prowadzone postępowanie w trybie konkursu ofert zostało unieważnione, a szczegółowe warunki postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej są takie same jak w konkursie ofert. Kontrola wykazała, iż w badanym przypadku wcześniejsze postępowanie³⁴, prowadzone w trybie konkursu ofert, w którym brał udział świadczeniodawca zaproszony następnie do rokowań, nie zostało unieważnione. W wyniku pierwotnego postępowania zawarte zostały umowy na udzielanie świadczeń medycznych przed rozpatrzeniem odwołania wniesionego w tym postępowaniu przez świadczeniodawcę zaproszonego następnie do rokowań³⁵. W tych okolicznościach nie zaistniały ustawowe przesłanki do stosowania trybu rokowań, a w myśl art. 143 ust.1 powołanej ustawy, zawarcie umowy w trybie rokowań może nastąpić jedynie w przypadkach określonych w tej ustawie. Ponadto do postępowania w trybie rokowań zaproszono tylko jednego świadczeniodawcę,

²⁸ jedną w postępowaniu 01-12-001248/AOS/02/1/02.1100.001.02/1 (świadczenia w zakresie kardiologii) i jedną w postępowaniu 01-12-001370/AOS/02/1/02.1020.001.02/1 (świadczenia w zakresie diabetologii).

²⁹ 01-12-001090/AOS/02/1/02.1020.001.02/1 – jeden podmiot publiczny; 001370/AOS/02/1/02.1020.001.02/1 – dwa podmioty niepubliczne.

³⁰ 01-12-001248/AOS/02/1/02.1100.001.02/1 – jeden podmiot publiczny; 01-12-001324/AOS/02/1/02.1100.001.02/1 – dwa podmioty (publiczny i niepubliczny).

³¹ 01-12-001090/AOS/02/1/02.1020.001.02/1 – dwa odwołania; 01-12-001248/AOS/02/1/02.1100.001.02/1 – trzy odwołania; 01-12-001324/AOS/02/1/02.1100.001.02/1 – dwa odwołania; 01-12-001370/AOS/02/1/02.1020.001.02/1 – dwa odwołania.

³² 01-12-001370/AOS/02/1/02.1020.001.02/1 – dwa odwołania.

³³ 01-12-001649/AOS/02/1/02.1020.001.02/2

³⁴ 01-012-001086/AOS/02/1/02.1020.001.02/1

³⁵ Zgodnie z art. 154 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania, a wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia.

w sytuacji gdy zgodnie z art. 143 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej do rokowań należało zaprosić co najmniej trzech świadczeniodawców. Dyrektor DOW NFZ w złożonych wyjaśnieniach stwierdziła, iż przeprowadzone postępowanie w trybie rokowań na podstawie art. 144 pkt.1 ww. ustawy, było zgodne z art.154 ust 7 powołanej ustawy, (tekst obowiązujący w momencie ogłaszania postępowania Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 z późn.zm.) stanowiącym, iż „W przypadku uwzględnienia odwołania, o którym mowa w art. 154 ust. 4, przeprowadza się ponownie postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Do ponownie przeprowadzanego postępowania stosuje się odpowiednio art. 144 pkt 1 oraz art. 145 ustawy.”. Wskazała jednocześnie, że zaproszenie jednego oferenta do rokowań wynikało z faktu ogłoszenia postępowania w trybie art. 144 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. NIK nie podziela stanowiska Pani Dyrektor, gdyż powołany art. 154 ust. 7 w zw. z ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej dotyczył przypadku uwzględnienia odwołania przez Prezesa NFZ, a nie uwzględnienia odwołania przez Dyrektora Oddziału NFZ. W opisanych okolicznościach nie wystąpiły zatem przesłanki do stosowania art. 144 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

(dowód: akta kontroli str.2830-3030, 3390-3391)

2. Zgodnie z art. 154 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia. W przypadku trzech spośród czterech badanych postępowań³⁶ o udzielanie świadczeń AOS podpisano umowy z wybranymi świadczeniodawcami przed rozpatrzeniem ostatniego odwołania wniesionego od rozstrzygnięcia postępowania³⁷ konkursowego. Dodatkowo nieprawidłowość ta wystąpiła również w postępowaniu³⁸ prowadzonym w trybie konkursu ofert, w którym odwołanie wniósł wykonawca zaproszony do rokowań opisanych powyżej w pkt. 1. Dyrektor DOW NFZ wyjaśniła, że zawarcie umów z podmiotami wyłonionymi w postępowaniach przed wydaniem decyzji było działaniem uzasadnionym, ponieważ brak zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń będących przedmiotem postępowania mogłoby powodować negatywne skutki dla zdrowia pacjentów, którym te świadczenia powinny być udzielane, a z braku zawarcia umowy nie podlegałyby realizacji. W ocenie Pani Dyrektor jej działania podejmowane były zatem w stanie wyższej konieczności, gdyż nie działając zgodnie z art. 154 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej chroniła dobro wyższego rzędu jakim jest zapewnienie ochrony zdrowia pacjentom, kosztem dobra niższego polegającego na zawieraniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z podmiotami po rozpatrzeniu odwołań.

(dowód: akta kontroli str. 1113-1121, 1159-1165, 1201-1208, 1229, 1230-1234)

3. W jednym z czterech badanych postępowań konkursowych, pomimo przeprowadzonych negocjacji z wybranymi oferentami, nie zrealizowano obowiązku wynikającego z pkt 1.7 Procedur NFZ, dotyczącego wymogu powołania zespołu, w ramach komisji konkursowej, do przeprowadzania negocjacji³⁹. Z-ca Dyrektora DOW NFZ wyjaśnił, iż było to spowodowane dużą ilością prowadzonych postępowań konkursowych w jednym czasie.

³⁶ 01-12-001090/AOS/02/1/02.1020.001.02/1 (świadczenia w zakresie diabetologii); 01-12-001248/AOS/02/1/02.1100.001.02/1 (świadczenia w zakresie kardiologii); 01-12-001370/AOS/02/1/02.1020.001.02/1 (świadczenia w zakresie diabetologii).

³⁷ Postępowanie 01-12-001090/AOS/02/1/02.1020.001.02/1, umowa 02/1/3201001/01/2012/02 zawarta w dn. 4 września 2012 r., ostatnie odwołanie rozpatrzono 11 września 2012 r.; Postępowanie 01-12-001248/AOS/02/1/02.1100.001.02/1, umowa 02/1/3101087/01/2012/02 zawarta w dn. 5 września 2012 r., ostatnie odwołanie rozpatrzono 11 września 2012 r.; Postępowanie 01-12-001370/AOS/02/1/02.1020.001.02/1, umowa 02/1/3302051/01/2012/02 zawarta w dn. 4 września 2012 r., umowa 02/1/3302028/01/2012/02 zawarta w dn. 6 września 2012 r., ostatnie odwołanie rozpatrzono 17 września 2012 r.

³⁸ 01-012-001086/AOS/02/1/02/1020.001.02/1

³⁹ „Procedury konkursu ofert lub rokowań na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych” dotyczy postępowania o nr: 01-12-001248/AOS/02/1/02.1100.001.02/1.

(dowód: akta kontroli str. 961-977, 1226-1229, 3169)

4. Zgodnie z § 7 ust. 3 Regulaminu pracy komisji prowadzącej postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁴⁰, komisja winna podejmować decyzje w obecności co najmniej 2/3 jej składu. Kontrola wykazała, iż w przypadku trzech z czterech badanych postępowań⁴¹ nie zapewniono wymaganego kworum przy podejmowaniu decyzji przez komisję konkursową⁴².

Na powyższą okoliczność Z-ca Dyrektora DOW NFZ wyjaśnił, że w odniesieniu do dokumentów takich jak: ogłoszenie o wniesieniu protestu, ogłoszenie o rozstrzygnięciu protestu i powiadomienie o rozstrzygnięciu protestu, Procedura zawiera zapis, iż „podpisy składają obecni członkowie komisji i protokolant”. W ocenie NIK zapis taki znajdujący się jedynie na wzorze dokumentu będącego załącznikiem do Procedury, nie modyfikuje obowiązku, wynikającego z ww. § 7 ust. 3 Regulaminu, zgodnie z którym komisja winna podejmować decyzje w obecności, co najmniej 2/3 składu. W odniesieniu do pozostałych dokumentów Z-ca Dyrektora stwierdził, że z uwagi na konieczność dotrzymania terminów w postępowaniach oraz na bardzo dużą ilość dokumentów wymagających podpisania przez członków komisji konkursowej, nie uzyskano wymaganego kworum.

(dowód: akta kontroli str. 961-977, 978-993, 994-1010, 1014, 1023-1033, 1034-1042, 1043-1049, 1226-1229, 3169, 3317-3319)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

1. NIK zwraca uwagę, na błędne informacje zawarte w protokołach jednego⁴³ z czterech badanych postępowań konkursowych. Z protokołów z dnia 6 i 10 lipca 2012 r. wynikało, że kontrole przeprowadzono u wszystkich pięciu oferentów, którzy przystąpili do konkursu, w sytuacji gdy z dokumentacji postępowania wynikało, iż kontrola przeprowadzona została tylko u czterech oferentów, gdyż jeden oferent został odrzucony. Z-ca Dyrektora DOW NFZ wskazał, iż informacja o przeprowadzonej kontroli u oferenta odrzuconego została omyłkowo wpisana do systemu przez zespół kontrolujący.

(dowód: akta kontroli str. 961-977, 1020-1022, 1023-1025, 1226-1229, 3169)

2. Zgodnie z art. 154 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej odwołanie od rozstrzygnięcia postępowania konkursowego złożone przez świadczeniodawcę biorącego udział w postępowaniu winno być rozpatrzone przez Dyrektora Oddziału w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. NIK zwraca uwagę, iż w objętych badaniem postępowaniach o udzielenie świadczeń AOS, nie był dotrzymany ww.

⁴⁰ Przyjętego uchwałą Rady NFZ z dnia 4 października 2005 r. w sprawie przyjęcia Regulaminu pracy komisji prowadzącej postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

⁴¹ 01-12-001248/AOS/02/1/02.1100.001.02/1; 01-12-001324/AOS/02/1/02.1100.001.02/1;

01-12-

001370/AOS/02/1/02.1020.001.02/1

⁴² Łącznie 11 dokumentów nie zawierało podpisów członków komisji potwierdzających wymagane kworum. I tak, w postępowaniu o nr: 01-12-001248/AOS/02/1/02.1100.001.02/1:

[1] Protokół z posiedzenia komisji w części jawnej (załącznik nr 26) z dn. 06 lipca 2012 r. podpisało 29 członków Komisji, przy wymaganym kworum 32 członków, [2] Sprawdzenie spełnienia warunków formalnych oferty część C (załącznik Nr 15 b) z dn. 01 czerwca 2012 r. podpisało 30 członków Komisji, przy wymaganym kworum 32 członków, [3] Sprawdzenie spełnienia warunków formalnych oferty część C (załącznik Nr 15 b) z dn. 18 czerwca 2012 r. podpisało 30 członków komisji, przy wymaganym kworum 32 członków, [4] Sprawdzenie spełnienia warunków formalnych oferty – część A; Ocena spełnienia warunków formalnych oferty – część B (załącznik 15a) z dn. 21 maja 2012 r. podpisało 22 członków Komisji, przy wymaganym kworum 26 członków;

- w postępowaniu o nr: 01-12-001324/AOS/02/1/02.1100.001.02/1: [5] Ogłoszenie o rozstrzygnięciu protestu (załącznik nr 41) z dn. 05 czerwca 2012 r. podpisało 31 członków Komisji, przy wymaganym kworum 32 członków, [6] Powiadomienie oferenta o rozstrzygnięciu protestu (załącznik nr 40) z dn. 05 czerwca 2012 r. podpisało 31 członków Komisji, przy wymaganym kworum 32 członków, [7] Ogłoszenie o wniesieniu protestu (załącznik nr 39) z dn. 04 czerwca 2012 r. podpisało 31 członków komisji, przy wymaganym kworum 32 członków, [8] Sprawdzenie spełnienia warunków formalnych oferty część C (załącznik 15b) z dn. 18 czerwca 2012 r. podpisało 29 członków Komisji, przy wymaganym kworum 32 członków;

- w postępowaniu o nr: 01-12-001370/AOS/02/1/02.1020.001.02/1: [9] Protokół z posiedzenia komisji w części jawnej (załącznik 26) z dn. 07 lipca 2012 r. podpisało 29 członków komisji, przy wymaganym kworum 32 członków, [10] Powiadomienie oferenta o rozstrzygnięciu protestu (załącznik nr 40) z dn. 08 maja 2012 r. podpisało 29 członków komisji, przy wymaganym kworum 32 członków, [11] Sprawdzenie spełnienia warunków formalnych oferty część C (załącznik nr 15b) z dn. 28 maja 2012 r. podpisało 28 członków komisji, przy wymaganym kworum 32 członków.

⁴³ Nr 01-12-001248/AOS/02/1/02/1100.001.02/1.

ustawowy termin. Dodatkowo zawiadomienia o niezakończonym sprawie, wysyłane były do stron w trybie art. 36 kpa, niemniej jednak dopiero po upływie 30 dni od wpływu sprawy (zgodnie z art. 35 kpa), zamiast po upływie 7 dni wskazanych w art. 154 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej jako w przepisie szczególnym. Dyrektor DOW NFZ wyjaśniła, że do rozpatrywania odwołań od rozstrzygnięć postępowań o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej poza ww. ustawą i Procedurą, miały zastosowanie także przepisy kpa. Zdaniem Pani Dyrektor termin do rozpatrzenia odwołań określony w art. 154 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej należy odczytywać w kontekście zapisów art. 35 i 36 kpa. Przepis art. 36 § 1 nakazuje organowi zawiadomić strony o każdym przypadku niezakończonym sprawy w terminie określonym w art. 35 lub w przepisach szczególnych, podając przyczyny zwłoki i wskazując nowy termin załatwienia sprawy. NIK nie podziela stanowiska Pani Dyrektor, gdyż w ustawodawca wprowadził przepis szczególny i choć określił w nim jedynie instrukcyjny termin do rozpatrzenia odwołania to jego zamysłem było przyspieszenie postępowania i stosowanie w pierwszej kolejności norm szczególnych określonych w art. 154 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Znajduje to również uzasadnienie systemowe ponieważ zawarcie umów w postępowaniach o udzielenie świadczeń jest dopuszczalne dopiero po rozpatrzeniu odwołań (akt. 154 ust. 3)

(dowód: akta kontroli str. 1107-1112, 1113-1121, 1122-1127, 1128-1136, 1159-1165, 1166-1172, 1173-1177, 1178-1185, 1201-1208, 1229, 1230-1231)

3. W jednym przypadku nie dotrzymano terminu wskazanego w pkt. 5.4 Procedury, dotyczącego wysłania odpowiedzi do oferenta w formie listu poleconego za potwierdzeniem odbioru w terminie siedmiu dni od dnia jego złożenia⁴⁴.

(dowód: akta kontroli str. 978-993, 1034-1036, 1226-1229, 3169, 3197)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości działalność w badanym obszarze.

3. Rozliczanie umów o świadczenia POZ i AOS

Opis stanu faktycznego

1. 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, 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). W ramach projektu „Walidacje i Weryfikacje”, opracowywanie i wdrażanie kolejnych zasad odbywało się w sposób ciągły, a proces ten był koordynowany przez Centralę NFZ.

W badanym okresie weryfikację świadczeń udzielonych w 2012 r. i w 2013 r. przeprowadzano po pięć razy, a świadczeń sprawozdanych w 2014 r. do dnia zakończenia kontroli 4 razy.

W poszczególnych latach 2012-2014 zakwestionowano we wszystkich rodzajach i zakresach świadczeń odpowiednio świadczenia o wartości 398.471 tys. zł w 2012 r., 421.461 tys. zł w 2013 r. oraz 949.853 tys. zł w 2014 r.⁴⁵. Wartość

⁴⁴ Powiadomienie oferenta o rozstrzygnięciu protestu w postępowaniu o nr 01-12-001324/AOS/02/1/02/1100.001.02./1 zostało przesłane do niego pismem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru, 13 dni po terminie wynikającym z pkt 5.4 Procedury, pomimo, iż protest ten został rozpatrzony w terminie. Zgodnie z pkt. 5.5 procedury winno być ono wysłane pismem poleconym za potwierdzeniem odbioru.

⁴⁵ Podane wartości uwzględniają zweryfikowane świadczenia, przy czym te same świadczenia, wielokrotnie sprawozdawane, mogły wielokrotnie podlegać weryfikacji.

zakwestionowanych świadczeń wskazuje na zwiększającą się ilość i skuteczność stosowanych weryfikacji.

(dowód: akta kontroli str. 3034-3153, 3350-3374)

2. W latach 2012-2014⁴⁶ DOW NFZ przeprowadził łącznie 13 kontroli świadczeniodawców udzielających świadczeń w rodzaju POZ oraz 40 kontroli świadczeniodawców udzielających świadczeń w rodzaju AOS. W wyniku przeprowadzonych kontroli zakwestionowano 107 świadczeń w 2013 r. u jednego ze świadczeniodawców POZ o wartości 1,4 tys. zł. oraz 4632 świadczenia o wartości 161,0 tys. zł u ośmiu świadczeniodawców AOS. Ogółem nałożono na 10 świadczeniodawców POZ kary pieniężne w wysokości 10,8 tys. zł, a na 17 świadczeniodawców AOS kary pieniężne w wysokości 107,9 tys. zł. Z dwoma świadczeniodawcami w rodzaju AOS rozwiązano w wyniku kontroli zawarte umowy⁴⁷. W ramach trzech kontroli świadczeniodawców AOS, kontrolą objęto, między innymi świadczenia w zakresie kardiologii, a w jednym z tych przypadków również świadczenia w zakresie diabetologii. W wyniku dwóch z tych kontroli nałożono kary finansowe w łącznej wysokości 49,4 tys. zł. W wyniku przedmiotowych kontroli stwierdzono nieprawidłowości polegające na nierealizowaniu świadczeń zgodnie z harmonogramem określonym w umowie, niepodaniu do wiadomości pacjentów informacji o miejscach i godzinach udzielania świadczeń oraz nieprzestrzeganiu zapisów dotyczących kwalifikacji personelu udzielającego świadczeń w poradni kardiologicznej.

(dowód: akta kontroli str.19-182,384-413, 2830-2852, 2882-2885, 3035-3038, 3395-3834)

3. Od września 2012 r. Dział Monitorowania, Analiz Medycznych i Planowania Świadczeń DOW NFZ przekazywał Dyrektorowi Oddziału dokument zatytułowany „Monitorowanie zabezpieczenia świadczeń i realizacji ich wykonania”, którego celem była ocena poziomu zabezpieczenia świadczeń oraz stanu realizacji planu finansowego. Ponadto realizacja kontraktów podlegała bieżącemu monitorowaniu w plikach bilansowych zapisywanych i archiwizowanych na dysku sieciowym DOW NFZ⁴⁸. W oparciu o prowadzone analizy dokonywane były zmiany wartości kontraktów polegające w głównej mierze na bilansowaniu umów czyli zwiększeniu kwot zobowiązań ustalonych dla poszczególnych zakresów świadczeń przy jednoczesnym zmniejszeniu kwoty zobowiązania dla pozostałych zakresów. Celem tych działań było zmniejszenie skali niedowyońań i nadwyońań w danym rodzaju świadczeń u poszczególnych świadczeniodawców.

W 2012 r. początkowa wartość kontraktu w rodzaju AOS wynosiła 371.672,0 tys. zł (zakontraktowano 40510621 jednostek rozliczeniowych, odpowiadających szacunkowej liczbie 5732130 świadczeń), w tym w zakresie kardiologii wartość początkowa kontraktu wynosiła 15.269,0 tys. zł (w ramach której zakontraktowano 1669439 jednostki rozliczeniowe, co odpowiadało szacunkowo 221242 świadczeniom), a w zakresie diabetologii wartość początkowa kontraktu wynosiła 4.551,0 tys. zł (zakontraktowano 497718 jednostek rozliczeniowych, odpowiadających szacunkowej liczbie 99696 świadczeń). W 2013 r. początkowa wartość kontraktu w rodzaju AOS wynosiła 394.352,0 tys. zł (w ramach której zakontraktowano 43256866 jednostki rozliczeniowe, odpowiadające szacunkowej liczbie 5952550 świadczeń), w tym w zakresie kardiologii wartość początkowa kontraktu wynosiła 17.531,0 tys. zł (w ramach której zakontraktowano 1931286

⁴⁶ Według stanu na 25 września 2014 r.

⁴⁷ Dotyczyło to 2013 r. świadczeń w zakresie ginekologia i położnictwo oraz w 2014 r. świadczeń w zakresie endokrynologia

⁴⁸ Pliki zawierające zbiorcze dane o planowanych i zakontraktowanych usługach medycznych dla wszystkich rodzajów świadczeń, pliki przygotowane odrębnie dla poszczególnych rodzajów świadczeń zawierające w układzie miesięcznym dane źródłowe pozyskiwane z systemów informatycznych o zakontraktowanych i rozliczonych świadczeniach, pliki przedstawiające dla poszczególnych rodzajów świadczeń zestawienia i analizy służące bieżącemu monitorowaniu zabezpieczenia i wykonania świadczeń.

jednostki rozliczeniowe, odpowiadające szacunkowej liczbie 257975 świadczeń), a w zakresie diabetologii wartość początkowa kontraktu wynosiła 5.009,0 tys. zł (w ramach której zakontraktowano 551707 jednostek rozliczeniowych, odpowiadających szacunkowej liczbie 108756 świadczeń). W stosunku do pierwotnych kontraktów wartość świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowach wyniosła w rodzaju AOS w 2012 r. 36.216,0 tys. zł (liczba jednostek rozliczeniowych zrealizowanych ponad limit określony w umowie wyniosła 3957680, co odpowiadało szacunkowej liczbie 502325 świadczeń). W zakresie kardiologii wartość świadczeń wykonanych ponad limit określony w pierwotnej umowie wyniosła 1.662,0 tys. zł (liczba jednostek rozliczeniowych zrealizowanych ponad limit określony w umowie wyniosła 181572, co odpowiadało szacunkowej liczbie 23191 świadczeń), zaś w zakresie diabetologii wartość świadczeń wykonanych ponad limit określony w pierwotnej umowie wyniosła 518,0 tys. zł (liczba jednostek rozliczeniowych zrealizowanych ponad limit określony w umowie wyniosła 56.452, co odpowiadało szacunkowej liczbie 10847 świadczeń). W 2013 r. w stosunku do pierwotnych kontraktów wartość świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowach w rodzaju AOS wyniosła 31.997,0 tys. zł (liczba jednostek rozliczeniowych zrealizowanych ponad limit określony w umowie wyniosła 3507630, co odpowiadało szacunkowej liczbie 434155 świadczeń). W zakresie kardiologii wartość świadczeń wykonanych ponad limit określony w pierwotnej umowie wyniosła 1078,0 tys. zł (liczba jednostek rozliczeniowych zrealizowanych ponad limit określony w umowie wyniosła 118201, co odpowiadało szacunkowej liczbie 15409 świadczeń), zaś w zakresie diabetologii wartość świadczeń wykonanych ponad limit określony w pierwotnej umowie wyniosła 405,0 tys. zł (liczba jednostek rozliczeniowych zrealizowanych ponad limit określony w umowie wyniosła 44789, co odpowiadało szacunkowej liczbie 8792 świadczeń).

DOW NFZ na wniosek świadczeniodawców lub działając z własnej inicjatywy sfinansował 491 świadczeniodawcom świadczenia wykonane w 2012 r. ponad limit określony w umowie, zawierając aneksy zwiększające wartość kontraktów lub ugody pozasądowe⁴⁹ (w tym 70 świadczeniodawcom w zakresie kardiologii i 44 w zakresie diabetologii). W zakresie świadczeń ponadlimitowych zrealizowanych w 2013 r. nastąpiło to w przypadku 325 świadczeniodawców (w tym 39 w zakresie kardiologii i 24 w zakresie diabetologii). Aneksy dotyczące 2012 r. opiewały łącznie w rodzaju AOS na 24.145,0 tys. zł, w tym w zakresie kardiologii na 1.451,0 tys. zł, a diabetologii na 209,0 tys. zł. Ugody pozasądowe zawarto w rodzaju AOS na kwotę łącznie 9.209,0 tys. zł, w tym w zakresie kardiologii na 180,0 tys. zł, a diabetologii na 243,0 tys. zł. W 2013 r. aneksy opiewały łącznie w rodzaju AOS na 14.211,0 tys. zł, w tym w zakresie kardiologii na 615,0 tys. zł, a diabetologii na 241,0 tys. zł. Ugody pozasądowe zawarto w rodzaju AOS na kwotę łącznie 8.667 tys. zł, w tym w zakresie kardiologii na 176,0 tys. zł. W zakresie diabetologii nie zawarto ugód pozasądowych. W ramach aneksów faktycznie zapłacono za świadczenia w rodzaju AOS wykonane w 2012 r. kwotę 23.188 tys. zł. (w tym w zakresie kardiologii – 1.404 tys. zł oraz diabetologii 200 tys. zł), oraz 13.656 tys. zł za świadczenia wykonane w 2013 r. (w tym w zakresie kardiologii – 599 tys. zł oraz diabetologii 236 tys. zł)⁵⁰. W ramach zawartych ugód zapłacono za świadczenia w rodzaju AOS kwotę 8.877 tys. zł za 2012 r. (w tym w zakresie kardiologii – 179 tys. zł oraz diabetologii 242 tys. zł), oraz 8.631 tys. zł za 2013 r. (w tym w zakresie kardiologii – 176 tys. zł). Nie sfinansowano świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowach w rodzaju AOS za 2012 r. o wartości 2.246 tys. zł (w tym w zakresie kardiologii 50

⁴⁹ Nie finansowano nadwykonań z lat 2012-2013 na podstawie ugód sądowych lub wyroków sądów.

⁵⁰ Zapłata niższych kwot od ustalonych w aneksach i ugodach wynikała z dalszej weryfikacji świadczeń objętych aneksami i ugodami.

tys. zł i diabetologii 16 tys. zł), a za 2013 r. o wartości 3.720 tys. zł (w tym w zakresie kardiologii 65 tys. zł i diabetologii 172 tys. zł)

W zawieranych w latach 2012-2013 r. aneksach do umów w rodzaju AOS w zakresie diabetologii i kardiologii przyjmowano cenę jednostki rozliczeniowej zgodnie z ceną jednostki rozliczeniowej w obowiązującej umowie. W przypadku ugód pozasądowych dotyczących świadczeń zrealizowanych w 2012 w zakresie diabetologii zastosowano redukcję stawek do 76% i 86% procent stawki określonej w umowie, w zależności od rodzaju porad realizowanych przez świadczeniodawców, a w zakresie kardiologii stawkę zredukowano do 86% stawki umownej. Ugody pozasądowe dotyczące świadczeń zrealizowanych w 2013 r. były zawierane według jednolitej zasady redukcji stawki do 40% stawki z umowy.

(dowód: akta kontroli str. 488-491, 510-518, 1762-1954, 2816-2825, 3031-3047, 3338-3349, 3379-3380, 3835-3980)

4. DOW NFZ monitorując realizację kontraktów posiadał wiedzę o skali niedowyońań występujących w latach 2012 i 2013 w poszczególnych zakresach świadczeń. W tych przypadkach podejmowane były działania polegające na bilansowaniu umów lub zmniejszaniu wartości kontraktu. W latach 2012-2013 zrealizowano plan finansowy po zmianach (z uwzględnieniem salda migracyjnego) w rodzaju AOS w odpowiednio w 98,89% i 99,43%. Wartość niedowyońań w stosunku do ww. planu wyniosła odpowiednio 4.339,0 tys. zł i 2.284,85 tys. zł. W 2012 r. w stosunku do wartości kontraktu po zmianach w rodzaju AOS nie wykonano kontraktów w kwocie 4.263,01 tys. zł (1,09 % kontraktu po zmianach), a w zakresach kardiologii, diabetologii i KAOS nad pacjentem z cukrzycą w kwotach odpowiednio 106,99 tys. zł (0,65% kontraktu po zmianach), 60,17 tys. zł (1,25% kontraktu po zmianach) i 4,6 tys. zł (0,39% kontraktu po zmianach). W 2013 r. niedowyońanie kontraktów po zmianach wyniosło w rodzaju AOS 1.737,87 tys. zł (0,44% kontraktu po zmianach), a w zakresach kardiologii, diabetologii i KAOS nad pacjentem z cukrzycą w kwotach odpowiednio 57,80 tys. zł (0,33% kontraktu po zmianach), 12,80 tys. zł (0,26% kontraktu po zmianach) i 5,96 tys. zł (0,46% kontraktu po zmianach).

(dowód: akta kontroli str. 434-437, 3835-3980)

5. Wprowadzenie od 2008 r. podwyższonej stawki kapitaacyjnej w zakresie realizacji świadczeń POZ dla pacjentów z przewlekłymi chorobami układu krążenia oraz przewlekle chorych na cukrzycę nie spowodowało zmniejszenia wartości i ilości świadczeń udzielanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w poradniach kardiologicznej i diabetologicznej. Koszty świadczeń udzielanych pacjentom przewlekle chorym na cukrzycę i choroby układu krążenia w ramach POZ oscylują od 2009 r. w kwotach ponad 100.000,0 tys. zł rocznie (w 2009 r. było to 101.817,5 tys. zł, w 2010 r. 105.266,2 tys. zł, w 2011 r. 98.936,4 tys. zł, w 2012 r. 104.056,2 tys. zł, a w 2013 r. 105.242,0 tys. zł.) natomiast koszty świadczeń udzielanych takim pacjentom w poradni diabetologicznej wzrosły z 1.419,7 tys. zł w 2009 r. do 2.345,9 tys. zł w 2013 r., a w poradni kardiologicznej wzrosły z 7.805,7 tys. zł w 2009 r. do 11.994,0 tys. zł w 2013 r. W tym samym okresie zwiększeniu uległa też liczba pacjentów przewlekle chorych na cukrzycę lub choroby układu krążenia leczonych w ww. poradniach.

(dowód: akta kontroli str. 436, 463-464)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

Uwagi dotyczące
badanej działalności

1. NIK zwraca uwagę, że w dwóch przypadkach ugód dotyczących świadczeń ponadlimitowych wykonanych w 2012 r. w zakresie diabetologii i kardiologii z tym

samym świadczeniodawcą, o łącznej wartości 1,2 tys. zł, nie zastosowano redukcji stawki za jednostkę rozliczeniową, tak jak tego dokonano w przypadku innych świadczeniodawców. Spowodowane było to faktem, iż świadczeniodawca ten należał do grupy jednostek nadzorowanych przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych⁵¹. Zdaniem NIK różnicowanie zasad finansowania nadwykonań świadczeń zdrowotnych w oparciu o kryteria kategorii podmiotów nadzorujących lub tworzących zakłady opieki zdrowotnej naruszało zasadę równego traktowania świadczeniodawców.

(dowód: akta kontroli str. 488-491, 3031-3047, 3338-3349)

2. NIK zwraca uwagę, iż liczba przeprowadzonych kontroli świadczeniodawców POZ i AOS w latach 2012-2013 (odpowiednio 0,28% i 1,57% świadczeniodawców POZ oraz 2,89% i 2,87% świadczeniodawców AOS) nie umożliwia ustalenia jakości wykonywania świadczeń i prawidłowości realizacji umów w ww. rodzajach na terenie województwa dolnośląskiego. Ponadto kontrole koincydencji⁵² świadczeń u wytypowanych świadczeniobiorców wykazały występowanie nieprawidłowości w tych obszarach, co wskazuje na konieczność zwiększenia liczby kontroli. W złożonych w tym zakresie wyjaśnieniach Dyrektor DOW NFZ wskazała, że przyczyną takiego stanu była zbyt mała liczba pracowników realizujących zadania kontrolne (22 osoby w poszczególnych latach w okresie od 2012 do 2014) oraz, że przeprowadzenie kontroli świadczeniodawcy przynajmniej raz na 5 lat, oznaczałoby konieczność przeprowadzania 573 kontroli rocznie (przy liczbie 2864 umów w 2013 r.), a tymczasem w całym 2013 r. przeprowadzono 86 kontroli umów na świadczenia zdrowotnej we wszystkich rodzajach świadczeń.

Dodatkowo NIK zauważa, iż pomimo nierealizowania świadczeń zgodnie z umową⁵³ w zakresie endokrynologii przez jednego ze świadczeniodawców, DOW NFZ, choć rozwiązał umowę z tym świadczeniodawcą, to nie nałożył na niego kary umownej. Możliwość nałożenia kary umownej została przewidziana w § 30 ust. 1 pkt 2 lit. a Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁵⁴.

(dowód: akta kontroli str. 19-182, 384-413, 2830-2852, 2882-2885, 3035-3038, 3395-3834)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność DOW NFZ w badanym obszarze.

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli⁵⁵, wnosi o:

1. Podjęcie działań mających na celu zapewnienia mieszkańcom województwa dolnośląskiego równego dostępu do świadczeń AOS w zakresie kardiologii, diabetologii oraz kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nad pacjentem z cukrzycą poprzez zmniejszenie różnic w finansowaniu świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców w poszczególnych obszarach kontraktowania.

⁵¹ W przyjętych zasadach zawierania ugód (w pkt 4) określono, że „Analizie wyliczenia wartości ugód pozasądowych podlegają wszystkie jednostki nienadzorowane przez MON, MSWiA lub MS”.

⁵² Sytuacje, w których pacjentowi zostają udzielone świadczenia zdrowotne jednocześnie przez różnych świadczeniodawców.

⁵³ Tj. nierealizowania świadczeń w miejscu i czasie określonym w umowie.

⁵⁴ Dz.U. z 2008 r., Nr 81, poz.484.

⁵⁵ Dz.U. z 2012 r., poz.82 ze zmianami

2. Podjęcie współpracy z władzami samorządowymi w celu doprowadzenia do rozpoczęcia realizacji świadczeń w poszczególnych zakresach w rodzaju AOS na terenie wszystkich wyodrębnionych dla tych zakresów obszarów kontraktowania.
3. Doprowadzenie do finansowania na terenie województwa dolnośląskiego świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju AOS w zakresie kardiologii i diabetologii na poziomie średniej krajowej.
4. Zapewnienie zwiększenia ilości kontroli świadczeniodawców POZ i AOS.
5. Podjęcie działań zapewniających każdorazowe powoływanie zespołów negocjacyjnych w przypadku prowadzenia negocjacji z oferentami w ramach postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych.
6. Podjęcie działań zapewniających wymagane kworum przy podejmowaniu decyzji przez komisję konkursową, zgodnie z postanowieniami § 7 ust. 3 Regulaminu pracy komisji prowadzącej postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
7. Prowadzenie działań mających na celu zapewnienie przestrzegania zalecanych norm ilości świadczeniobiorców przypadających odpowiednio na lekarza, pielęgniarkę i położną POZ.
8. Przeprowadzanie postępowań w trybie rokowań wyłącznie w przypadkach przewidzianych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej.
9. Podjęcie działań mających na celu zapewnienie rozpatrywania odwołań od rozstrzygnięć w postępowaniach konkursowych w terminie wskazanym w art. 154 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

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.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 30 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag 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 grudnia 2014 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura we Wrocławiu

Kontrolerzy

Dyrektor

Edward Klatka
specjalista kp.

[imię i nazwisko]

.....
Podpis

.....
Podpis