



KZD-4101-02/2013
Nr ewid. 1/2014/P/13/129/KZD

Informacja o wynikach kontroli

DOSTĘPNOŚĆ ŚWIADCZEŃ NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

MISJA

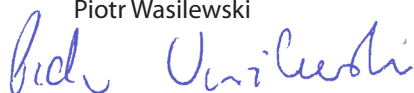
Najwyższej Izby Kontroli jest dbałość o gospodarność i skuteczność w służbie publicznej dla Rzeczypospolitej Polskiej

WIZJA

Najwyższej Izby Kontroli jest cieszący się powszechnym autorytetem najwyższy organ kontroli państwowej, którego raporty będą oczekiwanym i poszukiwanym źródłem informacji dla organów władzy i społeczeństwa

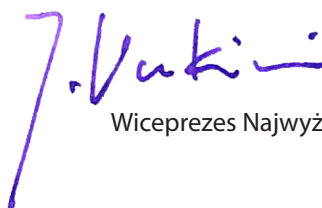
Dyrektor Departamentu Zdrowia:

Piotr Wasilewski



Akceptuję:

Jacek Uczkiewicz



Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli

Zatwierdzam:

Krzysztof Kwiatkowski



Prezes Najwyższej Izby Kontroli

Warszawa, dnia 43.03.2014r.

Najwyższa Izba Kontroli
ul. Filtrowa 57
02-056 Warszawa
T/F +48 22 444 50 00

www.nik.gov.pl

WPROWADZENIE	6
1. ZAŁOŻENIA KONTROLI	7
1.1. Cele i zakres kontroli	7
2. PODSUMOWANIE WYNIKÓW KONTROLI	8
2.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności	8
2.2. Synteza wyników kontroli	8
2.3. Uwagi końcowe i wnioski	11
3. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI	13
3.1. Charakterystyka stanu prawnego oraz uwarunkowań ekonomicznych i organizacyjnych	13
3.1.1. Stan prawny	13
3.1.2. Uwarunkowania organizacyjne i ekonomiczne	13
3.2. Istotne ustalenia kontroli	15
3.2.1. U świadczeniodawców świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej	15
3.2.1.1. Warunki realizacji świadczeń NiŚOZ	15
3.2.1.2. Organizacja udzielania świadczeń NiŚOZ	16
3.2.1.3. Realizacja świadczeń NiŚOZ	18
3.2.1.4. Rozliczanie umów na realizację świadczeń NiŚOZ	22
3.2.2. W oddziałach wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia	23
3.2.2.1. Zabezpieczenie dostępności świadczeń NiŚOZ	23
3.2.2.2. Kontraktowanie i finansowanie świadczeń NiŚOZ	28
3.2.2.3. Nadzór i kontrola nad realizacją kontraktów na udzielanie świadczeń NiŚOZ	32
3.2.3. Wyniki badań ankietowych przeprowadzonych wśród pacjentów NiŚOZ	34
3.2.4. Wyniki ankiet przeprowadzonych w szpitalach w związku z NiŚOZ	35
4. INFORMACJE DODATKOWE	37
4.1. Przygotowanie kontroli	37
4.2. Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli	37
4.3. Finansowe rezultaty kontroli	38
5. ZAŁĄCZNIKI	39

Wykaz stosowanych skrótów i pojęć¹

gotowość do udzielania świadczeń NiŚOZ	warunki organizacyjno-techniczne pozwalające na wykorzystanie zasobów kadrowych oraz niezbędnego sprzętu i wyposażenia do udzielania świadczeń od poniedziałku do piątku w godzinach od 18.00 do 8.00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy, w godzinach od 8.00 dnia danego do godziny 8.00 dnia następnego
miejsce udzielania świadczeń	pomieszczenie lub zespół pomieszczeń, w tej samej lokalizacji, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie, w celu wykonywania świadczeń określonego zakresu
NFZ lub „Fundusz”	Narodowy Fundusz Zdrowia
NiŚOZ	nocna i świąteczna opieka zdrowotna – świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej udzielane przez świadczeniodawców poza godzinami pracy określonymi w umowach o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, w szczególności w dni wolne od pracy i w święta, w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia świadczeniobiorcy, które nie jest stanem nagłym
obszar zabezpieczenia	wyznaczany przez dyrektora oddziału Funduszu spójny terytorialnie obszar (powiat, powiaty, gmina, gminy, dzielnica, dzielnice lub inaczej, jednoznacznie precyzyjnie określone obszary), którego określenie uzależnione jest od konieczności właściwego zabezpieczenia świadczeń ze względu na wielkość populacji nim objętej jak i warunki geograficzno-terytorialne danego obszaru
OW NFZ lub „Oddział”	oddział wojewódzki NFZ
OWU	ogólne warunki umów
POZ	podstawowa opieka zdrowotna
ryczałt miesięczny	uśredniona kwota przeznaczona na sfinansowanie świadczeń udzielanych w okresie sprawozdawczym (miesiąc) w ramach gotowości do wykonywania świadczeń od poniedziałku do piątku w godzinach od 18.00 do 8.00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy, w godzinach od 8.00 dnia danego do godziny 8.00 dnia następnego, wszystkim zgłaszającym się świadczeniobiorcom – również spoza obszaru zabezpieczenia; ryczałt miesięczny jest przypisany do obszaru zabezpieczenia, na który została zawarta umowa, bez względu na liczbę dodatkowych miejsc przyjmowania pacjentów zorganizowanych poza miejscem udzielania świadczeń (tak określony ryczałt nie podlega podziałowi, na dodatkowe miejsca)

¹ Definicje pojęć specjalistycznych – według definicji z ustawy z 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013 r., poz. 757 ze zm.) odpowiednio art. 3 pkt 9, 8 i 10 oraz zarządzenie Nr 85/2010/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 23 grudnia 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej; odpowiednio: § 2 ust. 1 pkt 2, 3, 5, 6 i 7 oraz art. 5 pkt 17a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.) - definicja nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

SOR	szpitalny oddział ratunkowy; komórka organizacyjna szpitala udzielająca świadczeń opieki zdrowotnej osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, spełniająca wymagania określone w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o państwowym ratownictwie medycznym (PRM)
stan nagłego zagrożenia zdrowotnego	stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia
ŚOZ	świadczenia opieki zdrowotnej
ustawa o świadczeniach zdrowotnych	ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (j.t. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.)
zakres świadczeń	świadczenie lub grupa świadczeń wyodrębnionych w danym rodzaju świadczeń, dla których w umowie określa się kwotę finansowania
zespół ratownictwa medycznego	jednostka systemu ratownictwa medycznego podejmująca medyczne czynności ratunkowe w warunkach pozaszpitalnych, spełniająca wymagania określone w ustawie o PRM

Wyniki kontroli funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego² wykazały, że znaczna część pacjentów, którzy zgłaszali się do szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR) działających w strukturze szpitali lub wzywali zespoły ratownictwa medycznego (ZRM) nie znajdowała się w stanie zagrożenia zdrowotnego (a więc nie kwalifikowali się do udzielenia im świadczeń ratowniczych). Skala tego zjawiska była bardzo duża; w SOR, w skrajnych przypadkach, dotyczyło ono nawet 80% wszystkich zgłaszających się pacjentów, a w odniesieniu do ZRM – 30%. Osobom tym powinny być udzielone świadczenia w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, poradni specjalistycznych lub nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (NiŚOZ).

Nocna i świąteczna opieka zdrowotna to świadczenia w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej udzielane, w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia świadczeniobiorcy, które nie jest stanem nagłym, od poniedziałku do piątku w godzinach od 18.00 do 8.00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8.00 do godziny 8.00 dnia następnego.

Dostępność nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej nie była do tej pory przedmiotem odrębnej kontroli NIK. Biorąc pod uwagę powyższe okoliczności oraz sugestię Szefa Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, Najwyższa Izba Kontroli podjęła kontrolę koordynowaną poświęconą temu zagadnieniu. Zbadano, czy istnieją bariery ograniczające dostępność świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, czy pomoc ta jest udzielana z zachowaniem obowiązujących w tym zakresie procedur, a pacjenci są odpowiednio poinformowani o możliwości skorzystania z tego rodzaju świadczeń.

² „Informacja o wynikach kontroli funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego” (Warszawa, wrzesień 2012 r., Nr ewid. 149/2012/P11094/KZD).

1 ZAŁOŻENIA KONTROLI

1.1 Cele i zakres kontroli

Cel główny

Celem głównym kontroli P/13/129 była ocena działań podejmowanych w celu zapewnienia wszystkim uprawnionym dostępu do nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

Cele szczegółowe

Cele szczegółowe obejmowały ocenę m.in.:

- zabezpieczenia dostępności świadczeń,
- organizacji ich udzielania,
- wiarygodności zgłoszonych warunków realizacji,
- kontraktowania i finansowania świadczeń,
- poprawności rozliczeń zawartych umów,
- sprawowania nadzoru i kontroli przez OW NFZ nad realizacją tych kontraktów.

Okres objęty kontrolą

Kontrolą objęto lata 2011–2013 (do czasu zakończenia kontroli), realizując ją w okresie od 6 maja do 30 września 2013 r.

Zakres kontroli

W kontroli uczestniczyło siedem delegatur oraz Departament Zdrowia NIK. Kontrolowano 32 jednostki³, w tym:

- siedem oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia (art. 2 ust. 1 ustawy o NIK), pod względem legalności, gospodarności, celowości i rzetelności (art. 5 ust. 1 ustawy o NIK),
- 17 świadczeniodawców, dla których podmiotem tworzącym są jednostki samorządu terytorialnego (art. 2 ust. 2 ustawy o NIK), pod względem legalności, gospodarności i rzetelności (art. 5 ust. 2 ustawy o NIK),
- 8 świadczeniodawców będących przedsiębiorcami (art. 2 ust. 3 ustawy o NIK), pod względem legalności i gospodarności (art. 5 ust. 3 ustawy o NIK).

W ramach kontroli, zasięgnięto informacji w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK:

- w Centrali NFZ (dotyczących organizacji i funkcjonowania NiŚOZ oraz kosztów udzielania świadczeń NiŚOZ w całym kraju),
- w szpitalach (na temat zgłaszalności pacjentów w SOR i w miejscach udzielania świadczeń NiŚOZ w godzinach nocnych oraz w dni świąteczne),
- w jednostkach samorządu terytorialnego (w odniesieniu do działań podejmowanych w celu zapewnienia mieszkańcom świadczeń NiŚOZ na ich terenie i współpracy z OW NFZ)

³ Wykaz uczestników kontroli i jednostek objętych kontrolą stanowi załącznik nr 1 do Informacji.

2.1 Ogólna ocena kontrolowanej działalności

System Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej umożliwił pacjentom uzyskanie podstawowej pomocy medycznej w godzinach nocnych oraz w dni świąteczne. Warunki realizacji świadczeń NiŚOZ, w większości kontrolowanych podmiotów leczniczych, były zgodne z ofertą w zakresie dotyczącym wymagań lokalowych oraz wyposażenia w niezbędny sprzęt i aparaturę medyczną. Stwierdzono jednak, iż część świadczeniodawców nie zapewniła prawidłowej dla danego obszaru zabezpieczenia liczby zespołów lekarsko-pielęgniarskich, a czas oczekiwania na wizytę domową w ramach NiŚOZ, był znacznie wydłużony.

Zapewniono informację dla pacjentów o miejscu i czasie udzielania świadczeń, a 76% ankietowanych pacjentów dobrze oceniło dostępność najbliższego miejsca ich udzielania pod względem możliwości komunikacji z miejscem zamieszkania. Ponadto, w związku ze zmianą zasad organizacji udzielania świadczeń znoszącą rejonizację, pacjenci od 1 marca 2011 r. mogli korzystać z pomocy lekarskiej i pielęgniarskiej w dowolnym punkcie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

Stwierdzone przez NIK istotne nieprawidłowości, z których część może stwarzać zagrożenie dla bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów powinny być szybko wyeliminowane. Polegały one m.in. na:

- niezapewnieniu przez niektóre podmioty lecznicze gotowości do udzielania świadczeń NiŚOZ przez wymaganą liczbę zespołów dyżurujących w miejscu ich udzielania lub nawet nieutworzeniu w ogóle takich zespołów⁴;
- krótszym od wymaganego czasie trwania dyżurów (nawet o 2 godziny), pełnieniu dyżurów w domu „pod telefonem”, jak również długim czasie oczekiwania pacjentów na realizację niektórych wizyt domowych (w skrajnym przypadku nawet 12 godzin);
- niespełnieniu dodatkowych wymogów, podnoszących standard świadczeń zdrowotnych, które nie były wprawdzie bezwzględnie wymagane przez OW NFZ, ale ich zadeklarowanie podnosiło ocenę punktową oferty i ułatwiało uzyskanie kontraktu. Sytuacja ta dotyczyła na przykład niezapewnienia, mimo zgłoszenia w ofercie, diagnostyki laboratoryjnej i rtg, dodatkowego zespołu dyżurującego lub dodatkowego lekarza ponad minimalną obsadę wymaganą dla danego obszaru zabezpieczenia;
- niesprawowaniu przez oddziały wojewódzkie NFZ wystarczającego nadzoru nad funkcjonowaniem NiŚOZ oraz organizacją udzielania świadczeń w tym zakresie.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca również uwagę, iż wśród lekarzy udzielających świadczeń NiŚOZ brakowało odpowiedniej liczby pediatrów, mimo iż znaczny odsetek pacjentów korzystających ze świadczeń NiŚOZ stanowiły dzieci.

2.2 Synteza wyników kontroli

2.2.1. Liczba miejsc udzielania świadczeń NiŚOZ była porównywalna z okresem przed 1 marca 2011 r. Świadczeń tych, w większości przypadków (90%), udzielali ci sami świadczeniodawcy. Na poprawę dostępności wpłynęło natomiast zniesienie rejonizacji dla pacjentów.

Lokalizacja miejsc udzielania świadczeń (w przychodniach, szpitalach, stacjach pogotowia ratunkowego) nie stanowiła bariery dla 76% ankietowanych pacjentów. Trudności z dotarciem do nich dotyczyły głównie pory nocnej, kiedy w ogóle nie kursuje lub jest znacznie ograniczona komunikacja publiczna.

⁴ W takich przypadkach realizację świadczeń NiŚOZ zapewniali lekarze wykonujący jednocześnie inne rodzaje świadczeń, w innych komórkach organizacyjnych świadczeniodawcy, niezgłoszeni OW NFZ mimo, iż było to warunkiem udzielania przez nich świadczeń NiŚOZ.

Większość kontrolowanych świadczeniodawców (68%) umieściła informację o zasadach organizacji i warunkach udzielania świadczeń NiŚOZ na zewnątrz i wewnątrz budynku. Stwierdzono pojedyncze przypadki nieprawidłowości w zakresie organizacji i wyposażenia miejsc udzielania świadczeń (str. 15-16).

2.2.2. Niektórzy świadczeniodawcy (36% objętych kontrolą) nie zapewnili jednak gotowości do udzielania świadczeń NiŚOZ w miejscu ich udzielania przez wymaganą dla danego obszaru zabezpieczenia liczbę zespołów lekarsko-pielęgniarskich lub nawet nie powołali w ogóle takich zespołów⁵. Realizacja świadczeń była wówczas zapewniana przez osoby, które wykonywały w tym samym czasie inne rodzaje świadczeń, nawet w innej jednostce organizacyjnej świadczeniodawcy⁶. W efekcie wydłużał się czas oczekiwania pacjenta na uzyskanie porady lekarskiej. Ponadto, osoby te nie zostały zgłoszone do OW NFZ, jako uprawnione do udzielania świadczeń NiŚOZ.

Część świadczeniodawców (20% objętych kontrolą) nie przestrzegała obowiązujących godzin udzielania świadczeń NiŚOZ⁷. Stwierdzono również przypadki pełnienia dyżurów „pod telefonem”, co było również niezgodne z zarządzeniem Prezesa NFZ⁸ (str. 16-18).

2.2.3. Świadczenia NiŚOZ udzielone w trybie ambulatoryjnym stanowiły od 80% do 95% wszystkich udzielonych porad. W dni powszednie, po świadczenie zgłaszało się przeważnie od 4 do 20 pacjentów, a w dni wolne od pracy – od 30 do 200 osób. Udział świadczeń realizowanych w trybie wyjazdowym („na wezwanie”) wahał się od 5% do 20%. Niektórzy kontrolowani świadczeniodawcy zatrudniali podwykonawców do udzielania świadczeń NiŚOZ w trybie wyjazdowym.

Stwierdzono przypadki długiego czasu oczekiwania (skrajnie do 12 godzin) na wizytę domową. Niektóre z tych wizyt dotyczyły osób w wieku 70-87 lat (str. 18-20).

2.2.4. W przypadku 60% świadczeniodawców, którzy zadeklarowali w ofercie spełnienie dodatkowych wymagań i uzyskali z tego tytułu dodatkowe punkty, stwierdzono niewywiązywanie się z przyjętych deklaracji (np. niezapewnienie udzielania świadczeń przez dodatkowy zespół lub dodatkowego lekarza).

Zgłoszenia tego rodzaju, podwyższające standard świadczonych usług, nie opierały się na rzetelnej analizie faktycznych możliwości ich realizacji i ocenie opłacalności tych przedsięwzięć (str. 20).

2.2.5. Niewystarczające zainteresowanie lekarzy udzielaniem świadczeń w ramach NiŚOZ, posiadających specjalizacje potrzebne w tym zakresie, skutkowało zatrudnianiem lekarzy, których specjalizacje budziły wątpliwości, co do ich bezpośredniej przydatności (np. dermatologia i wenerologia, medycyna nuklearna, czy rehabilitacja). Z uwagi na to, iż liczba pediatrów i lekarzy będących w trakcie specjalizacji z tej dziedziny medycyny, zatrudnionych przez świadczeniodawców, była za mała w stosunku do potrzeb dyżurowali oni tylko w określonych dniach i godzinach (str. 21).

⁵ Stanowiło to naruszenie § 8 ust. 1 zarządzenia nr 85/2010 Prezesa NFZ.

⁶ Stanowiło to naruszenie § 7 ust. 3 zarządzenia Nr 85/2010 Prezesa NFZ. Było również niezgodne z § 6 ust. 4 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz.484).

⁷ Stanowiło to naruszenie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej – zał. Nr 5 cz. 1 pkt 2 (Dz. U. z 2009 r. Nr 139, poz. 1139); zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych” oraz § 2 ust. 1 pkt 2 zarządzenia Nr 85/2010 Prezesa NFZ.

⁸ W § 8 ust. 2 zarządzenia Nr 85/2010/DSOZ Prezesa NFZ wskazano, że w celu zapewnienia dostępności świadczeń jedna z osób zespołu złożonego z lekarza i pielęgniarki pozostaje w gotowości do ich udzielania w miejscu udzielenia świadczeń podczas ewentualnego wyjazdu drugiego członka zespołu do domu chorego.

2.2.6. Większość świadczeniodawców (60% objętych kontrolą) w ogóle nie wykonywała badań laboratoryjnych i rtg u pacjentów korzystających ze świadczeń NiŚOZ. Lekarze na ogół nie widzieli potrzeby kierowania pacjentów na te badania, niekiedy wskazywano na konieczność długiego oczekiwania na ich wynik, w sytuacji braku odpowiedniego laboratorium na miejscu.

Na uwagę zasługuje natomiast fakt, że niektórzy świadczeniodawcy (20%) zlecali do wykonania znaczną liczbę badań diagnostycznych, nawet u 30% pacjentów zgłaszających się w danym miesiącu.

W ocenie NIK tak duże zróżnicowanie świadczeniodawców pod względem liczby pacjentów, którym zleca się badania dodatkowe, nie jest uzasadnione wyłącznie względami demograficznymi, czy epidemiologicznymi. Wynika przede wszystkim z modelu organizacyjnego funkcjonowania NiŚOZ i dostępności tego rodzaju badań na miejscu (*str. 22*).

2.2.7. Świadczenia NiŚOZ finansowane były w formie miesięcznej stawki ryczałtowej określonej dla danego obszaru zabezpieczenia. Niektóre OW NFZ różnicowały wysokość ryczałtów dla poszczególnych obszarów zabezpieczenia tej samej kategorii (w zależności od wielkości populacji na tych obszarach), a w innych oddziałach nie stosowano tego rozwiązania. Na wysokość ryczałtów wpływ miały także negocjacje cenowe prowadzone z oferentami w trakcie procedury konkursowej na wyłonienie świadczeniodawców NiŚOZ. Świadczeniodawcy – poza pojedynczymi przypadkami – terminowo przekazywali OW NFZ informacje o zrealizowanych świadczeniach i terminowo uzyskiwali należności z tego tytułu (*str. 22-23, 30-32*).

2.2.8. Wielkość populacji zamieszkałej w obrębie niektórych obszarów zabezpieczenia była w rzeczywistości większa niż przewidziana dla danej kategorii. W efekcie na tych obszarach liczba zespołów dyżurujących była mniejsza od wymaganej przepisami (jeden zespół dyżurujący na każde rozpoczęte 50 tys. osób zamieszkałych na obszarze zabezpieczenia). Nieprawidłowości w tym zakresie tłumaczono optymalizacją kosztów (*str. 23-26*).

2.2.9. Żaden OW NFZ nie planował i nie prowadził w badanym okresie systemowych kontroli świadczeniodawców udzielających świadczeń NiŚOZ. Niektóre z nich (np. Pomorski) nie przeprowadzały także kontroli doraźnych.

W ocenie NIK, biorąc pod uwagę, że wprowadzono z dniem 1 marca 2011 r. nowe zasady organizacji i funkcjonowania NiŚOZ, kontrole w tym zakresie powinny być podjęte w szerszym zakresie.

Wszystkie oddziały NFZ przeprowadziły natomiast, w marcu 2013 r., wizytacje świadczeniodawców na polecenie Prezesa NFZ (*str. 32-34*).

2.2.10. Jednostki samorządu terytorialnego przeważnie nie zgłaszały uwag do rozwiązań organizacyjnych, w zakresie funkcjonowania NiŚOZ, przyjętych przez kontrolowane OW NFZ. Niektóre samorządy⁹ nie współpracowały jednak z OW NFZ w tym zakresie, a część jednostek nie posiadała nawet informacji na jakich zasadach, w jakich miejscach lub przez którego świadczeniodawcę mieszkańcy mają zapewnioną nocną i świąteczną opiekę zdrowotną (*str. 26-28*).

2.3 Uwagi końcowe i wnioski

1. Z ustaleń kontroli wynika, iż część świadczeniodawców nie zapewniła prawidłowej dla danego obszaru zabezpieczenia liczby zespołów lekarsko-pielęgniarskich, a czas oczekiwania na wizytę domową, w ramach NiŚOZ, był znacznie wydłużony. Wskazuje to na konieczność

⁹ NIK wystąpiła o informacje do 81 j.s.t. w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK; spośród nich 30 j.s.t. (37%) poinformowało, że współpracowało z OW NFZ, a pozostałych 51 (63%) – nie podejmowało takiej współpracy.

wzmocnienia nadzoru NFZ nad realizacją tego rodzaju świadczeń. Jednocześnie nadzór i kontrola funkcjonowania świadczeniodawców powinna mieć charakter systemowy, a nie koncentrować się na jednorazowych, doraźnych akcjach, w związku z medialnymi sygnałami o nieprawidłowościach (tak jak to miało miejsce w marcu 2013 r.).

Problem wykonywania badań dodatkowych w nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej, w ocenie NIK, powinien zostać poddany wnikliwej analizie merytorycznej przez nadzór wojewódzki i krajowy, a także płatnika, celem wypracowania jednolitych standardów postępowania.

2. Wyniki kontroli wykazały znaczne różnice w liczbie pacjentów zgłaszających się po świadczenie w ramach NiŚOZ w dni powszednie (od poniedziałku do piątku w godz. 18⁰⁰ do 8⁰⁰ dnia następnego) i w dni wolne od pracy (soboty, niedziele i święta w godz. od 8⁰⁰ do 8⁰⁰ dnia następnego). W pierwszym przypadku, po świadczenie zdrowotne zgłaszało się – w zależności od wielkości obszaru zabezpieczenia – przeważnie od 4 do 20 osób, a w drugim – od 30 do nawet 200 osób. W efekcie liczba dyżurujących zespołów, w dni powszednie, była nadmierna w stosunku do faktycznych potrzeb, a w dni wolne od pracy niekiedy okazywała się niewystarczająca. W świetle powyższego, NFZ powinien rozważyć zróżnicowanie wymogów w odniesieniu do liczby zespołów dyżurujących w dni powszednie oraz w dni wolne od pracy.

3. Niektóre OW NFZ różnicowały stawki ryczałtowe dla danej kategorii obszaru zabezpieczenia w zależności od liczby mieszkańców. Inne stosowały jednolite stawki bez względu na ich liczbę. Jednocześnie dokonana, w trakcie kontroli, analiza średniej miesięcznej liczby porad na jednego lekarza wykazała, na niektórych obszarach zabezpieczenia, że liczba udzielonych porad nie zawsze jest proporcjonalna do wielkości populacji.

Z ustaleń kontroli wynika również, iż dyrektorzy niektórych OW NFZ przyporządkowywali wybrane obszary zabezpieczenia do niższej kategorii niż wskazywałaby na to faktyczna liczba mieszkańców. Gotowość do udzielania świadczeń NiŚOZ zapewniana była wówczas przez mniejszą od wymaganej przepisami liczbę zespołów dyżurujących. Postępowano tak w celu ograniczania kosztów, gdy liczba mieszkańców w niewielkim stopniu przekraczała wielkość wymaganą dla danego obszaru.

W ocenie NIK, NFZ powinien podjąć prace w celu udoskonalenia systemu ryczałtowego wynagradzania świadczeniodawców, tak aby w większym stopniu uwzględniał on uwarunkowania demograficzne i epidemiologiczne na poszczególnych obszarach zabezpieczenia oraz pozwalał na optymalizację kosztów bez naruszania obowiązujących przepisów.

4. Wyniki kontroli wskazują, iż dobrym rozwiązaniem może być zorganizowanie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w tym samym szpitalu, w którym funkcjonuje SOR. Ułatwia to kierowanie pacjentów, którzy nie kwalifikują się do udzielenia świadczeń z zakresu medycyny ratunkowej do NiŚOZ. Z ustaleń kontroli wynika, iż szpitale udzielające tego rodzaju świadczeń mają więcej pacjentów, gdy funkcjonuje w nich również SOR.

5. Ze świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej powinni korzystać pacjenci w sytuacji nagłego pogorszenia stanu zdrowia lub nagłego zachorowania¹⁰. Z badań ankietowych pacjentów, którzy korzystali z tego rodzaju świadczeń¹¹ wynika jednak, iż część ankietowanych pacjentów (27,7%) zgłosiło się z przyczyn niezwiązanych ze zdarzeniem nagłym, dolegliwości trwały niekiedy

¹⁰ Tzn. gdy nie ma objawów sugerujących bezpośrednie zagrożenie życia lub istotny uszczerbek zdrowia, a zastosowane środki domowe lub leki dostępne bez recepty nie przyniosły spodziewanej poprawy.

¹¹ Grupa pacjentów, która była ankietowana w dniu uzyskania świadczenia.

powyżej tygodnia i mogły być leczone przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w trakcie normalnego dnia roboczego. Stan ten może wskazywać na niewystarczającą dostępność świadczeń udzielanych w ramach poz.

3.1 Charakterystyka stanu prawnego oraz uwarunkowań ekonomicznych i organizacyjnych

3.1.1. Stan prawny

Podstawą udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz jest odrębna umowa zawarta w tym zakresie z podmiotami leczniczymi (świadczeniodawcami)¹².

Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej należą do zakresu świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej i finansowane są ze środków przeznaczonych na p.o.z.

Świadczeniodawca udzielający świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej jest obowiązany do informowania świadczeniobiorców o zasadach i organizacji nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, w szczególności poprzez umieszczenie informacji w miejscu udzielania świadczeń i w siedzibie świadczeniodawcy¹³.

Kontraktowanie tego rodzaju świadczeń wprowadzono po raz pierwszy od marca 2011 r.¹⁴.

Świadczeniodawca udzielający świadczeń NiŚOZ jest zobowiązany do zapewnienia gotowości do udzielania tych świadczeń w wyznaczonym miejscu ich udzielania zgodnie z obsadą kadrową, w wymiarze co najmniej jednego lekarza i jednej pielęgniarki („zespół dyżurujący”) na każde rozpoczęte 50.000 osób zamieszkałych na obszarze zabezpieczenia¹⁵.

Szczegółowe przepisy prawne regulujące zagadnienia związane z funkcjonowaniem nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej przedstawione zostały w załączniku nr 3 do Informacji.

3.1.2. Uwarunkowania organizacyjne i ekonomiczne

Po wprowadzeniu od 1 marca 2011 r. zmian organizacyjnych w systemie udzielania świadczeń NiŚOZ¹⁶, OW NFZ podjęły działania, które zapewniły dostęp do tych świadczeń wszystkim uprawnionym osobom, zamieszkującym na terenie danego województwa. Dyrektorzy oddziałów zrealizowali obowiązek określony przez Prezesa NFZ (w zarządzeniu nr 85/2010) i ustalili obszary zabezpieczenia świadczeń NiŚOZ.

Według stanu na 1 marca 2011 r.¹⁷ na terenie kraju funkcjonowało 499 obszarów zabezpieczenia (w tym 167 w kategorii do 50 tys. mieszkańców, 236 – w kategorii do 100 tys. mieszkańców, 68 – w kategorii do 150 tys. mieszkańców i 28 – w kategorii ponad 150 tys. mieszkańców), na których utworzono 542 miejsca udzielania świadczeń NiŚOZ. Świadczeń tych udzielało 454 świadczeniodawców wyłonionych w trybie konkursu ofert lub rokowań, którzy utworzyli 1.076 zespołów lekarsko-pielęgniarskich (w tym 107 tzw. „dodatkowych” utworzonych przez niektórych świadczeniodawców w celu większej dostępności świadczeń) oraz dodatkowo zatrudnionych w tym celu 86 lekarzy i 100 pielęgniarek.

¹² Art. 55 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach zdrowotnych”.

¹³ Art. 55 ust. 4 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

¹⁴ Art. 159 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

¹⁵ Liczba zespołów dyżurujących wynika z wielkości populacji zamieszkałej w poszczególnych obszarach zabezpieczenia (§ 8 ust. 1 zarządzenia Nr 85/2010 Prezesa NFZ).

¹⁶ Zmiany w organizacji udzielania i finansowania świadczeń NiŚOZ nastąpiły w związku ze zmianą stanu prawnego, tj. wejściem w życie ustawy zmieniającej z dnia 29 października 2010 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o świadczeniu pieniężnym i uprawnieniach przysługujących cywilnym niewidomym ofiarom działań wojennych (art. 3 ust. 2 – Dz. U. Nr 225, poz. 1465).

¹⁷ Wg informacji uzyskanych z Centrali NFZ, w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

Według stanu na 30 września 2013 r. liczba obszarów wzrosła do 505 (według wyżej wymienionych kategorii – odpowiednio – 183, 227, 69 i 26), a świadczeń NiŚOZ udzielało 463 świadczeniodawców (o 9 więcej), którzy utworzyli 1.092 zespoły dyżurujące (w tym 127 „dodatkowych”) oraz zatrudnili dodatkowo 63 lekarzy i 101 pielęgniarek.

Faktyczna wielkość populacji zamieszkałej na ustalonych obszarach zabezpieczenia – mimo zaliczenia ich do określonej kategorii była bardzo zróżnicowana i w skrajnych przypadkach wynosiła: na obszarach do 50 tys. mieszkańców – od 7,7 tys. osób do 55,5 tys. osób, na obszarach do 100 tys. mieszkańców – od 49,3 tys. osób do 108 tys. osób, na obszarach do 150 tys. mieszkańców – od 102 tys. osób do 161,2 tys. osób, a na obszarach powyżej 150 tys. mieszkańców – od 146,3 tys. osób do 351,7 tys. osób.

Finansowanie świadczeń NiŚOZ odbywa się w formie ryczałtu miesięcznego, a kwota ryczałtu ustalona jest w zależności od wielkości populacji zamieszkałej na obszarze zabezpieczenia. Mimo, iż Prezes NFZ zaproponował wysokość stawek ryczałtowych dla obszarów o określonej populacji, to ostateczną wysokość tych stawek ustaliły OW NFZ w postępowaniu konkursowym mającym na celu wyłonienie świadczeniodawców NiŚOZ.

Niektórzy dyrektorzy OW NFZ, ustalając stawki, brali pod uwagę faktyczną wielkość populacji na danym obszarze. Wysokość stawek ryczałtowych, na obszarach zaliczonych do tej samej kategorii, wynosiła (według stanu na 1 marca 2011 r.): od 13,4 tys. zł do 68,7 tys. zł dla obszaru do 50 tys. mieszkańców (proponowana stawka przez Prezesa NFZ – 56 tys. zł), od 59,2 tys. zł do 149,8 tys. zł dla obszaru do 100 tys. mieszkańców (proponowana stawka – 106,4 tys. zł), od 115,9 tys. zł do 229,5 tys. zł dla obszaru do 150 tys. mieszkańców (proponowana stawka – 156,8 tys. zł) od 171,4 tys. zł do 232,9 tys. zł (1 przypadek 404,5 tys. zł) dla obszaru powyżej 150 tys. mieszkańców (proponowana stawka – 201,2 tys. zł). Według stanu na 30 września 2013 r. stawki te, w odniesieniu do kategorii obszarów, wynosiły odpowiednio: od 26,7 tys. zł do 84,1 tys. zł, od 64,0 tys. zł do 146,8 tys. zł, od 114,5 tys. zł do 290,7 tys. zł i od 165,8 tys. zł do 290,4 tys. zł.

W okresie objętym kontrolą, miesięczna liczba porad lekarskich udzielonych przez jeden zespół dyżurujący, wynosiła średnio od 177 do 581. Natomiast liczba porad lekarskich udzielonych w domu pacjenta „na wezwanie” stanowiła miesięcznie od 3,5% do 35,4% wszystkich porad udzielonych w danym miesiącu, w tym liczba wezwań do dzieci do 14 r.ż. wynosiła od 1% do 18,9%.

Według stanu na 1 marca 2011 r. najwięcej miejsc udzielania świadczeń NiŚOZ zlokalizowanych było w pomieszczeniach świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (215) oraz w szpitalach posiadających SOR lub Izbę Przyjęć (217). Według stanu na 30 września 2013 r. liczba miejsc udzielania tych świadczeń w wymienionych obiektach wzrosła odpowiednio do 230 i 260.

Spośród 454 świadczeniodawców udzielających świadczeń NiŚOZ od 1 marca 2011 r., 308 (67,8%) zadeklarowało dostęp do diagnostyki laboratoryjnej, a 293 (64,5%) do diagnostyki rtg. Natomiast wg stanu na 30 września 2013 r., spośród 463 świadczeniodawców, również 308 (66,5%) zadeklarowało dostęp do diagnostyki laboratoryjnej, a 323 (69,8%) – diagnostykę rtg.

W okresie od 1 marca 2011 r. do 30 września 2013 r. OW NFZ przeprowadziły łącznie tylko 21 kontroli planowych (w 2011 r. – trzy oddziały – 3 kontrole, w 2012 r. – pięć oddziałów – 6 kontroli, a w 2013 r. – cztery oddziały 12 kontroli) w zakresie organizacji i funkcjonowania NiŚOZ, której zasady weszły w życie z dniem 1 marca 2011 r. Oddziały przeprowadziły również łącznie 152 kontrole doraźne

(62 – w 2011 r., 27 – w 2012 r. i 63 – w 2013 r.) oraz 171 wizytacji (24 – w 2011 r., 12 – w 2012 r. i 135 – w 2013 r.). Należy jednak zauważyć, że w 2013 r. – 120 wizytacji przeprowadzonych zostało na polecenie Prezesa NFZ¹⁸.

4. W badanym okresie do OW NFZ wpłynęło łącznie 377 skarg na organizację i funkcjonowanie NiŚOZ (w tym 118 – w 2011 r., 125 – w 2012 r. i 134 – w 2013 r.), ale w odniesieniu do poszczególnych oddziałów – były to pojedyncze skargi (w 2011 r. i 2012 r. – od 0 do 22 skarg, a w 2013 r. – od 1 do 20) i stanowiły znikomą ilość w porównaniu z liczbą świadczeń udzielonych pacjentom.

3.2 Istotne ustalenia kontroli

3.2.1. U świadczeniodawców świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej

3.2.1.1. Warunki realizacji świadczeń NiŚOZ

Lokalizacja miejsc udzielania świadczeń, pod względem komunikacyjnym, nie stanowiła bariery w przypadku konieczności skorzystania ze świadczeń NiŚOZ¹⁹.

Niektórzy pacjenci mieli jednak problem z dotarciem do tych miejsc w godzinach nocnych, głównie z uwagi na brak komunikacji publicznej w tym czasie (możliwe to było tylko z wykorzystaniem prywatnego transportu samochodowego)²⁰.

- **W Szpitalu Powiatowym w Sochaczewie** – osoby, które musiały w porze nocnej skorzystać ze świadczeń NiŚOZ, a nie dysponowały prywatnym transportem samochodowym, miały utrudniony dostęp do miejsca udzielania tych świadczeń, w dni powszednie w godz. od 22²⁸ do 4¹⁸, a w dni wolne od pracy – w godz. od 21¹⁴ do 5²¹. W tych godzinach ZKM nie utrzymywał kursów na żadnej linii.
- **W ZOZ w Nidzicy** – miejsce udzielania świadczeń zlokalizowane było w odległości ok. 100 m od przystanku PKS, ale po godz. 18⁰⁰ nie było tam już żadnych połączeń.

Większość świadczeniodawców (68%) objętych kontrolą umieściła na zewnątrz i wewnątrz budynku informację o zasadach organizacji i warunkach udzielania świadczeń NiŚOZ.

Pozostali w ogóle nie informowali pacjentów o powyższym²¹ lub tylko umieszczali stosowną informację wewnątrz budynku na drzwiach gabinetu lekarskiego. W efekcie niektórzy pacjenci nie wiedzieli gdzie udzielane są te świadczenia.

- **SP ZOZ w Międzyrzeczu** – nie umieścił informacji o zasadach i organizacji NiŚOZ. Jedynie przy wejściu na Oddział Dziecięcy podano informację, że w godzinach nocnych i dni świąteczne udziela się w trybie ambulatoryjnym pomocy dzieciom w nagłych i zagrażających życiu zachorowaniach, a czas oczekiwania na świadczenie udzielone przez pediatrów może być wydłużony nawet do kilku godzin ponieważ pełnią oni jednocześnie dyżur w Oddziale Dziecięcym.
Przeprowadzone przez NIK badania ankietowe wśród świadczeniobiorców korzystających ze świadczeń w tej placówce wykazały, że prawie połowa respondentów nie posiadała dostatecznej informacji o organizacji udzielania świadczeń NiŚOZ.

¹⁸ Pismo Prezesa NFZ z dnia 5 marca 2013 r. do dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ.

¹⁹ Spośród ankietowanych, którzy już skorzystali ze świadczeń NiŚOZ (1.074 osoby), dobrze oceniło dostępność do miejsc udzielania tych świadczeń 812 pacjentów (79% spośród tych, którzy udzielili odpowiedzi na to pytanie – 1028), natomiast spośród tych, którzy jeszcze nie skorzystali ze świadczeń NiŚOZ, dobrze oceniło dostępność do miejsca ich udzielania 68,7% ankietowanych.

²⁰ Spośród ankietowanych, którzy już skorzystali ze świadczeń NiŚOZ (1.074 osoby), tylko 104 osoby (9,8%) dotarły do miejsc udzielania świadczeń środkami transportu publicznego.

²¹ W sposób określony w § 11 ust. 4 pkt 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484).

Warunki realizacji świadczeń NiŚOZ przez większość kontrolowanych świadczeniodawców (80%) były zgodne z ofertą w części dotyczącej wymagań lokalowych²² oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną²³.

Niektórzy świadczeniodawcy nie zapewnili jednak osobnego gabinetu lekarskiego i zabiegowego, mimo iż w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych²⁴ (zał. 5) wskazano, że warunkiem realizacji świadczeń NiŚOZ jest posiadanie takich gabinetów. Zgodnie zaś z postanowieniami § 2 ust. 1 pkt 3 zarządzenia Prezesa NFZ z 23 grudnia 2010 r.²⁵, miejscem udzielania świadczeń jest pomieszczenie lub zespół pomieszczeń w tej samej lokalizacji, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie celem realizacji świadczeń określonego rodzaju.

- **Szpital Powiatowy im. M. Kajki w Mrągowie** nie zapewnił osobnych pomieszczeń z przeznaczeniem na gabinet zabiegowy i lekarski w celu udzielania świadczeń NiŚOZ. Funkcję gabinetu zabiegowego NiŚOZ pełnił gabinet lekarski Izby Przyjęć, a gabinet lekarski NiŚOZ zlokalizowany był w Poradni Kardiologicznej, stanowiącej odrębną komórkę organizacyjną Szpitala (wchodzącą w skład „Poradni Specjalistycznych”). W razie konieczności, na potrzeby NiŚOZ, wykorzystywany był również doraźnie gabinet zabiegowy w SOR.

3.2.1.2. Organizacja udzielania świadczeń NiŚOZ

Niektórzy świadczeniodawcy nie zapewnili gotowości do udzielania świadczeń NiŚOZ, w miejscu ich udzielania, przez wymaganą dla danego obszaru zabezpieczenia liczbę zespołów lekarsko-pielęgniarskich²⁶. Było to niezgodne z postanowieniami umowy zawartej z oddziałem wojewódzkim NFZ na realizację świadczeń NiŚOZ, jak również wpływało na dostępność tych świadczeń dla pacjentów (wydłużał się czas oczekiwania pacjenta na uzyskanie porady lekarskiej).

- **Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Praga-Północ w Warszawie** – udzielając w 2011 r. świadczeń NiŚOZ zabezpieczał obszar do 250 tys. osób (Praga-Północ, Białołęka i Targówek) i był zobowiązany (umową z MOW NFZ) zapewnić gotowość do udzielania świadczeń w Przychodni przez 5 zespołów lekarsko-pielęgniarskich. Od stycznia 2012 r. obszar zabezpieczenia został zmniejszony do 200 tys. osób i tym samym SZPZLO zobowiązany był do zapewnienia gotowości do udzielania świadczeń NiŚOZ przez 4 zespoły lekarsko-pielęgniarskie. Jednak gotowość do udzielania świadczeń NiŚOZ w Przychodni zapewniały tylko 3 (w 2011 r.), a następnie 2 (od 2012 r.) zespoły lekarsko-pielęgniarskie. Zadania lekarzy z dwóch pozostałych zespołów, Dyrektor SZPZLO przekazała do wykonywania Spółce Falck Medycyna (podwykonawca), której lekarze mieli realizować tylko porady wyjazdowe do pacjenta („na wezwanie”), a stacjonowali w swojej bazie przy ul. Obozowej 20 (Warszawa-Wola), tj. poza obszarem zabezpieczenia.
Nieprawidłowa organizacja realizacji świadczeń NiŚOZ, powodowała nierównomierne obciążenie pracą lekarzy – na niekorzyść tych, którzy udzielali tych świadczeń w trybie ambulatoryjnym (90% wszystkich porad lekarskich). Duża zgłaszalność pacjentów w Przychodni (w której dyżurowało tylko 2 lekarzy zamiast 4), głównie w dni wolne od pracy (tj. w sobotę, niedzielę i święta) powodowała tworzenie się kolejek, a tym samym wydłużał się czas oczekiwania na uzyskanie porady.

²² Zgodnie z cz. II ust. 2 zał. Nr 5 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 139, poz. 1139 ze zm.), przychodnia w której mają być udzielane świadczenia powinna posiadać gabinet lekarski, gabinet zabiegowy, pomieszczenie do przechowywania dokumentacji medycznej, pomieszczenie sanitarne i poczekalnię dla świadczeniobiorców.

²³ W tym m.in. aparat ekg, podstawowy zestaw reanimacyjny, torba lekarska z wyposażeniem, neseser pielęgniarski, zestaw przeciwwstrząsowy, aparat do mierzenia ciśnienia tętniczego krwi, stetoskop, glukometr, otoskop, lodówka, kozetka lekarska, telefon stacjonarny, biurko, zestaw do wykonywania iniekcji, opatrunków i podstawowy zestaw chirurgiczny (cz. II ust. 3 zał. Nr 5 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej).

²⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 139, poz. 1139 ze zm.).

²⁵ Zarządzenie nr 85/2010/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 23 grudnia 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (ze zm. ujętymi w zarządzeniach: nr 10/2011/DSOZ z dnia 28 lutego 2011 r., nr 40/2012/DSOZ z dnia 6 lipca 2012 r. i nr 47/2012(DSOZ z dnia 2 sierpnia 2012 r.).

²⁶ Stanowiło to naruszenie § 8 ust. 1 zarządzenia nr 85/2010 Prezesa NFZ.

Nieprawidłowo zorganizowane było również udzielanie świadczeń pielęgnarskich, ponieważ aż dwie pielęgniarki (spośród 5 w 2011 r. i 4 – od 2012 r.) udzielały tylko świadczeń „na wezwanie” i dyżurowały w domu „pod telefonem”. Powodowało to nierównomierne obciążenie pracą pielęgniarek – na niekorzyść tych (2), które dyżurowały w Przychodni (w poszczególnych latach objętych kontrolą wykonywały one – odpowiednio 79,3%, 69,5% i 63,7% wszystkich świadczeń pielęgnarskich). Nadmienić należy, że pełnienie dyżurów „pod telefonem” było również niezgodne z postanowieniami umowy zawartej z MOW NFZ na realizację świadczeń NiŚOZ.

- **Szpital Specjalistyczny im. H. Klimontowicza w Gorlicach** (zwany dalej „Szpitalem”) – zabezpieczał obszar do 150 tys. mieszkańców i zobowiązany był zapewnić gotowość do udzielania świadczeń NiŚOZ przez trzy zespoły dyżurujące²⁷ oraz co najmniej jedną pielęgniarkę i jednego lekarza dodatkowo, ponad minimalną obsadę wymaganą na tym obszarze (zadeklarował to dodatkowo w ofercie). W rzeczywistości, w miejscu udzielania świadczeń NiŚOZ (tj. w Szpitalu) dyżurowała tylko dwóch lekarzy (w tym jeden – udzielał świadczeń w trybie ambulatoryjnym, a drugi – pozostawał w gotowości do wyjazdu „na wezwanie”) i jedna pielęgniarka. Dwóch pozostałych lekarzy pełniło dyżur „pod telefonem” (w okresie objętym kontrolą nie było przypadku wezwania ich do Szpitala), a świadczenia wyjazdowe opieki pielęgnarskiej zapewniały pielęgniarki i inne podmioty (3), z którymi świadczeniodawca zawarł umowy zlecenia (a więc nie tworzyli oni zespołów dyżurujących przewidzianych w umowie o udzielanie świadczeń NiŚOZ zawartej z Małopolskim OW NFZ). Świadczeniodawca otrzymywał jednak przez cały okres objęty kontrolą miesięczny ryczałt w wysokości 156,8 tys. zł na finansowanie świadczeń NiŚOZ, tak jak by były one udzielane przez trzy zespoły dyżurujące.

Część kontrolowanych podmiotów leczniczych w ogóle nie utworzyła zespołów dyżurujących i udzielanie świadczeń NiŚOZ zapewniały osoby niezgłoszone do oddziału NFZ²⁸, które wykonywały w tym samym czasie inne rodzaje świadczeń. Świadczeniodawcy wyjaśniali, że mieli trudności z pozyskaniem odpowiedniej kadry.

- **SP ZOZ w Międzyrzeczu**²⁹ – nie utworzył zespołów dyżurujących, które miały udzielać świadczeń NiŚOZ. Osoby zapewniające gotowość do udzielania świadczeń NiŚOZ, w Szpitalu i w Przychodni Wielospecjalistycznej jednocześnie wykonywały w tym samym czasie inne rodzaje świadczeń zdrowotnych, nawet w innej jednostce organizacyjnej SP ZOZ, tj. w szpitalu w Oddziale Dziecięcym i SOR.

Nadmienić należy, że niektóre z tych osób (5) nie były nawet zgłoszone do OW NFZ jako te, które mają prawo udzielać takich świadczeń³⁰.

Dyrektor SP ZOZ przyznał, iż taki (tj. nieprawidłowy) sposób udzielania świadczeń funkcjonuje od 1 marca 2011 r. i wynika z niedoborów kadrowych. Nadmienić należy, że w związku z ustaleniami kontroli NIK w zakresie funkcjonowania NiŚOZ, kolejną kontrolę przeprowadził Lubuski OW NFZ. W efekcie stwierdzonych nieprawidłowości w organizacji udzielania świadczeń NiŚOZ, na SP ZOZ nałożono karę umowną w wysokości ponad 11 tys. zł³¹.

- **W Nowym Szpitalu Powiatu Krośnieńskiego Sp. z o.o. w Krośnie Odrzańskim**³² lekarze zapewniający gotowość do udzielania świadczeń NiŚOZ w tym samym czasie udzielali innych rodzajów świadczeń zdrowotnych, nawet w innej jednostce organizacyjnej Szpitala.

W 2011 r. Szpital w Krośnie Odrzańskim nie zapewnił przez 145 dni (a w czerwcu 2011 r. w ogóle) gotowości do udzielania świadczeń NiŚOZ przez wyodrębniony zespół, utworzony wyłącznie w celu ich udzielania.

Prezes Zarządu Szpitala wyjaśniała, że przyczyną tych nieprawidłowości były problemy z pozyskaniem lekarzy do wykonywania tych świadczeń.

²⁷ Por. § 8 ust. 1 zarządzenia Nr 85/2010 Prezesa NFZ.

²⁸ Było to niezgodne z postanowieniami § 7 i § 8 ust. 1 zarządzenia nr 85/2010 Prezesa NFZ.

²⁹ W skład SP ZOZ wchodzi Szpital Powiatowy i Przychodnia Wielospecjalistyczna. Świadczenia NiŚOZ udzielane są w budynku Szpitala (pokój nr 12).

³⁰ W marcu 2013 r. pięciu lekarzy nie zgłoszonych do LOW NFZ, jako lekarzy, którzy mogą udzielać świadczeń NiŚOZ udzieliło łącznie 72 świadczeń NiŚOZ (porad lekarskich), w tym: dwóch lekarzy udzieliło tych porad w ciągu 1 dnia, jeden w ciągu 2 dni, jeden w ciągu 3 dni i jeden w ciągu 8 dni. W maju 2013 r. pięciu lekarzy nie zgłoszonych do LOW NFZ, jako lekarzy, którzy mogą udzielać świadczeń NiŚOZ, udzieliło łącznie 52 świadczeń NiŚOZ (porad lekarskich), w tym: jeden lekarz udzielał tych porad w ciągu 1 dnia, jeden w ciągu 2 dni, jeden w ciągu 3 dni i dwóch w ciągu 4 dni.

³¹ Źródło: Gazeta Lubuska z dnia 22 listopada 2013 r., autor – Dariusz Brożek.

³² W skład tego podmiotu wchodzi Szpital zlokalizowany w Krośnie Odrzańskim i ambulatorium w Gubinie.

Niektórzy świadczeniodawcy (20% objętych kontrolą) nie przestrzegali obowiązku³³ udzielania świadczeń NiŚOZ pacjentom od poniedziałku do piątku w godzinach od 18⁰⁰ do 8⁰⁰ dnia następnego oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8⁰⁰ do 8⁰⁰ dnia następnego³⁴.

- **W ZOZ w Nidzicy** – w dni powszednie (poniedziałek-piątek) świadczenia NiŚOZ udzielane były przez jeden zespół dyżurujący w godzinach od 18⁰⁰ do 7⁰⁰ dnia następnego (zamiast do 8⁰⁰). W razie potrzeby, tj. zgłaszalności pacjentów – świadczeń tych udzielali lekarze zatrudnieni i aktualnie dyżurujący w oddziałach szpitala.
- **Szpital Powiatowy im. M. Kajki w Mrągowie** – w dni powszednie udzielał świadczeń NiŚOZ w godz. od 18⁰⁰ do 7³⁰ (dnia następnego), a SP ZOZ w Kalwarii Zebrzydowskiej – w godz. od 19⁰⁰ do 7⁰⁰ (dnia następnego).

3.2.1.3. Realizacja świadczeń NiŚOZ

Liczba porad udzielonych na każdym dyżurze przez jeden zespół dyżurujący³⁵, a tym samym w ciągu miesiąca była zróżnicowana. O ile jednak świadczeniodawca nie miał wpływu na wielkość populacji zamieszkałej na danym obszarze zabezpieczenia i na zgłaszalność pacjentów, to jednak sposób organizacji udzielania tych świadczeń miał istotny wpływ na ich realizację, na obciążenie pracą każdego z lekarzy, a tym samym dostęp pacjentów do świadczeń NiŚOZ.

- **W ZOZ w Nidzicy** – w 2011 r. (III-XII) średnio miesięcznie jeden lekarz udzielał 498 porad, w 2012 r. – 496, a w 2013 r. (I-VI) 629.
W analizowanych trzech miesiącach 2011 r. (kwiecień, sierpień, grudzień) udzielono 1.500 świadczeń w ramach NiŚOZ, w tym 87 – dzieciom do 1 r.ż. i 177 – dzieciom w wieku od 1 r.ż. do 3 lat; spośród 1.500 pacjentów, 900 (60%) zgłosiło się w dni wolne od pracy.
W analizowanych czterech miesiącach 2012 r. (styczeń, czerwiec, wrzesień, grudzień) udzielono 2.248 świadczeń NiŚOZ, w tym 123 – dzieciom do 1 r.ż. i 192 – dzieciom w wieku 1-3 lata. Spośród 2.248 pacjentów, 1.527 zgłosiło się w dni wolne (68%).
Natomiast w analizowanych trzech miesiącach 2013 r. (styczeń, marzec i maj) zgłosiło się 2.093 pacjentów, w tym 130 dzieci do 1 r.ż. i 153 – w wieku 1-3 lata. Spośród 2.093 pacjentów, 1.343 – zgłosiło się w dni wolne od pracy (64,2%).
- **Szpital Powiatu Krośnieńskiego** – w dni powszednie zgłaszało się do lekarza w czasie dyżurów NiŚOZ średnio 12 pacjentów – w 2011 r., 11 – w 2012 r. i 16 – w I półroczu 2013 r. Natomiast w dni ustawowo wolne od pracy, zgłaszało się średnio – odpowiednio – 45, 52 i 57 osób.
Pielęgniarka Naczelna Szpitala podała, że czas oczekiwania pacjenta w Szpitalu w Krośnie Odrzańskim na poradę lekarską w ramach NiŚOZ wynosił nieraz nawet do około 2 godzin, ponieważ świadczenia te udzielane były przez lekarzy pełniących jednocześnie dyżur w oddziałach tego Szpitala.
- **Szpital Powiatowy w Sochaczewie** – w 2011 r. (III-XII) liczba porad udzielonych średnio miesięcznie przez 1 lekarza wynosiła 501, w tym 47 wykonanych było „na wezwanie” w domu pacjenta; w 2012 r. dane te wynosiły odpowiednio – 592 porady, w tym 37 w domu pacjenta, a w 2013 r. (I-VII) – 667 porad, w tym 26 w domu pacjenta.
W analizowanych miesiącach okresu objętego kontrolą³⁶, na dyżur do Szpitala po poradę lekarską w ramach NiŚOZ w 2011 r. w dni powszednie zgłaszało się do jednego lekarza od 6 do 10 pacjentów, a w soboty, niedziele i inne dni wolne od pracy – od 28 do 35 osób; w 2012 r. – w dni powszednie na jednego lekarza przypadało od 7 do 13 pacjentów, a w dni wolne od pracy – od 31 do 61 osób; w 2013 r. – w dni powszednie zgłaszało się średnio 12 pacjentów, a w dni wolne od pracy – od 38 do 46 osób.

³³ § 2 ust. 1 pkt 2 zarządzenia Prezesa NFZ nr 85/2010.

³⁴ W miesiącu są średnio 23 dyżury nocne, co stanowi 322 godziny (dyżur nocny trwa od 18⁰⁰ do 8⁰⁰, tj. 14 godz. x 23 dyżury, tj. łącznie 322 godziny) oraz 4 weekendy, co stanowi 192 godziny (tj. 8 dni, w których dyżur trwa 24 godziny, co stanowi 192 godziny); łącznie zespół lekarsko-pielęgniarski dyżuruje w ciągu miesiąca przez 514 godzin.

³⁵ W dalszej części, gdy będzie mowa o liczbie porad udzielonych przez jednego lekarza na dyżurze – należy rozumieć liczbę porad udzielonych przez zespół dyżurujący, niezależnie ilu lekarzy dyżurowało (zmieniało się) w ramach tego jednego zespołu w czasie pełnionego dyżuru.

³⁶ 2011 r. – kwiecień, sierpień i grudzień, 2012 r. – styczeń, czerwiec, wrzesień i grudzień, 2013 r. – styczeń, marzec i maj.

W okresie objętym kontrolą liczba porad lekarskich udzielonych pacjentom w trybie ambulatoryjnym, w ramach świadczeń NiŚOZ, stanowiła 80% – 95% wszystkich udzielonych porad, a 5% – 20% stanowiły porady udzielone w trybie wyjazdowym („na wezwanie”).

- **ZOZ w Nidzicy** – w okresie od marca do grudnia 2011 r. lekarze udzielili 4.983 porady NiŚOZ, w tym 123 – w domu pacjenta (2,5%), w roku 2012 – udzielili 5.948 porad, w tym 189 – na wezwanie w domu pacjenta (3,2%), a w roku 2013 (I półrocze) – 3.775 porad, w tym 162 na wezwanie (4,3%). Nie było przypadków odmowy wezwania.
- **Szpital Powiatu Krośnieńskiego** – w 2011 r. (III-XII) lekarze udzielili łącznie 6.916 porad, w tym tylko 20 – w domu pacjenta (0,3%), w 2012 r. – odpowiednio – 8.503 i 148 (1,7%), a w 2013 r. (I półrocze) – 5.121 i 122 (2,4%).

Czas oczekiwania pacjenta na poradę lekarską w domu „na wezwanie” wynosił niejednokrotnie ponad dwie godziny, a w skrajnym przypadku nawet 12 godzin.

Świadczeniodawcy tłumaczyli, że zgłoszenie wizyty domowej w ramach NiŚOZ nie ma charakteru priorytetowego do wykonania, tak jak to obowiązuje w przypadku systemu ratownictwa medycznego. Według nich, w „większości przypadków”, wyjazd na wezwanie następuje w czasie maksymalnie do dwóch godzin od wezwania.

Stwierdzono w toku kontroli, iż niektóre z tych „opóźnionych” wyjazdów dotyczyły osób starszych (tj. w wieku 70-87 lat).

- **W Szpitalu Powiatowym w Sochaczewie** – w marcu 2013 r. – 13 porad lekarskich „na wezwanie” (20,3%) – spośród 64 – udzielonych zostało po ponad dwóch godzinach od zgłoszenia, w tym 4 – po ponad 3 godzinach i po 1 – po ponad 4, 10 i 12 godzinach np. w dniu 4 marca (poniedziałek) przyjęto zgłoszenie do pacjenta w wieku 87 lat z powodu gorączki i kaszlu o godz. 18⁵⁰, a wyjazd nastąpił o godz. 22; chory został skierowany do SOR (w tym dniu w czasie dyżuru, dwóch lekarzy wykonało 2 porady „na wezwanie” i 26 świadczeń w trybie ambulatoryjnym).

W dniu 30 marca (sobota) przyjęto wezwanie o godz. 11⁰⁰, a wyjazd nastąpił o godz. 21⁴⁵, tj. po ponad 10 godzinach. Powodem wezwania było osłabienie chorego w wieku 78 lat. Lekarz stwierdził niedokrwistość i skierował chorego do SOR. W tym samym dniu przyjęto zgłoszenie o godz. 9⁰⁰ do pacjenta w wieku 80 lat z powodu osłabienia, a wyjazd nastąpił o godz. 21⁴⁵, tj. po ponad 12 godzinach (tego dnia w czasie dyżuru, dwóch lekarzy udzieliło łącznie 106 porad w trybie ambulatoryjnym i 5 – „na wezwanie”).

Nadmienić należy, że w przypadku 6 wezwań – nie podano w ewidencji zgłoszeń – godziny wezwania lub godziny wyjazdu i powrotu do pacjenta.

Natomiast w maju 2013 r., w 3 przypadkach – spośród 78 – wyjazd „na wezwanie” nastąpił po ponad dwóch godzinach (1 – po ponad 2 godzinach, 1 – po 3 godzinach i 1 – po ponad 3 godzinach), a ponadto w 6 przypadkach w ewidencji zgłoszeń nie podano godziny zgłoszenia lub godziny wyjazdu i powrotu do pacjenta.

Dla niektórych świadczeniodawców powodem realizacji świadczeń NiŚOZ w domu pacjenta („na wezwanie”) był fakt, że nie mieli oni własnego transportu samochodowego aby dotrzeć do miejsca udzielania tych świadczeń.

- **Szpital Powiatowy im. M. Kajki w Mrągowie** – w okresie od marca do grudnia 2011 r. – w ramach NiŚOZ udzielono 695 porad lekarskich w domu pacjenta „na wezwanie” (średnio 70 miesięcznie), w 2012 r. – 758 porad (średnio 63 miesięcznie), a w I półroczu 2013 r. – 340 porad (średnio 57 miesięcznie).

Nadmienić należy, że nie wszystkie porady udzielone zostały w trybie „na wezwanie” z powodu stanu zdrowia pacjenta. Niektóre z nich – jak wynika z ustaleń kontroli – wykonane zostały w domu pacjenta, ponieważ z przyczyn komunikacyjnych nie miał on możliwości dotarcia do Szpitala, gdzie udzielane były świadczenia NiŚOZ w trybie ambulatoryjnym (miejsce udzielania świadczeń zlokalizowane było w odległości ok. 3 km od dworca PKS oraz ok. 50 i 100 m od dwóch przystanków komunikacji miejskiej ale połączenia komunikacyjne funkcjonowały tylko do godz. 22⁴⁸ w dni powszednie i tylko do godz. 18²¹ w soboty).

Liczba świadczeń udzielonych pacjentom przez pielęgniarki w ramach NiŚOZ była również zróżnicowana w zależności od wielkości populacji na danym obszarze zabezpieczenia, zgłaszalności pacjentów, liczby dyżurujących pielęgniarek ale także od sposobu organizacji udzielania tych świadczeń.

Podkreślić jednak należy, że świadczenia pielęgniarские, mimo iż udzielane były w ramach NiSOZ, w rzeczywistości dotyczyły głównie kontynuacji leczenia w ramach POZ (np. iniekcje, stałe zlecenia zmiany opatrunków). Natomiast doraźne wezwania do udzielenia świadczeń NiSOZ w sytuacjach nagłych były sporadyczne.

- **SZPZLO w Warszawie** - w 2011 r. (III-XII) udzielił w ramach NiSOZ 5.103 świadczenia pielęgniarские (79,3% wszystkich świadczeń udzielonych przez pielęgniarki) w Przychodni oraz 1.330 (20,7%) świadczeń w domu pacjenta „na wezwanie”.

W 2012 r., dane te wyniosły odpowiednio 5.592 (69,5%) i 2.452 (30,5%), a w 2013 r. (I-V) 2.435 (63,7%) i 1.385 (36,3%).

Świadczenia ambulatoryjne realizowane były w Przychodni przez 3 pielęgniarki (w 2011 r.) a następnie przez 2 (od 2012 r.).

Zgłaszalność pacjentów w Przychodni w poszczególnych miesiącach 2011 r.(III-XII) wynosiła od 413 do 587 osób; w 2012 r. – od 355 do 638 osób, a w 2013 r. (I-V) od 384 do 586 osób (średnio na każdą z nich na dyżurze w dni wolne od pracy przypadało 20 pacjentów, a w tygodniu – 4 osoby).

Świadczenia pielęgniarские udzielane pacjentom „na wezwanie” realizowały 2 pielęgniarki, które dyżurowały w domu „pod telefonem”, ale do pacjentów wyjeżdżały tylko w soboty, niedziele i święta.

Liczba wezwań w poszczególnych miesiącach 2011 r. (III-XII) wynosiła od 72 do 226, i na 1 pielęgniarkę przypadało na każdym dyżurze (sobota, niedziela, święta) średnio 7 pacjentów.

W roku 2012 liczba wezwań wynosiła od 112 do 474 i na jedną pielęgniarkę przypadało średnio 10 pacjentów. W roku 2013 (I-V) liczba wezwań wynosiła od 213 do 376, i na każdym dyżurze na 1 pielęgniarkę przypadało średnio po 14 osób.

- **SPZ ZOZ w Nowej Dębnie** – w 2011 r. średnia miesięczna liczba porad przypadających na jedną pielęgniarkę wynosiła 298, w 2012 r. – 273, a w 2013 r. (I-V) – 165.

Dodatkowe wymagania, zadeklarowane w ofercie i dodatkowo oceniane w postępowaniu konkursowym, nie były w ogóle spełnione lub uwzględniono je tylko w niewielkim zakresie (u 60% świadczeniodawców objętych kontrolą). Dotyczyło to np. zapewnienia diagnostyki laboratoryjnej i/lub rtg, transportu sanitarnego i/lub samochodu osobowego w gotowości do użytkowania, udzielania świadczeń NiSOZ przez co najmniej jeden dodatkowy zespół dyżurujący lub dodatkowego lekarza ponad minimalną obsadę lekarską wymaganą dla danego obszaru zabezpieczenia.

- **SZPZLO Warszawa Praga-Północ w Warszawie** (dalej „SZPZLO w Warszawie”) nie zapewnił, mimo zgłoszenia w ofertach:
 - na 2011 r. (3 oferty), dodatkowo po jednym lekarzu dla obszaru Białołęki, Targówka i Pragi-Północ (Dyrektor SZPZLO wyjaśniła, że „omyłkowo” zgłosiła dodatkowego lekarza na każdy obszar), a w ofertach na 2012 r. nie zadeklarowano zatrudnienia dodatkowego lekarza,
 - samochodu osobowego w gotowości do użytkowania, (oferty na 2011 r. i 2012 r. dla obszaru Pragi Północ i Białołęki), w rzeczywistości pielęgniarkom, dla których miał być on przeznaczony na wykonywanie świadczeń w domu pacjenta przyznano później ryczałt samochodowy lub zwrot kosztów poniesionych za przejazd taksówką,
 - dostępu do diagnostyki laboratoryjnej i rtg (w 3 ofertach z 2011 r. i w ofercie z 2012 r.) laboratorium i pracownia rtg były nieczynne w czasie udzielania świadczeń NiSOZ.³⁷ W styczniu 2012 r. dyrektor SZPZLO wystąpiła do MOW NFZ z wnioskiem o wykreślenie z umowy na NiSOZ załącznika nr 3 dotyczącego zapewnienia badań laboratoryjnych i rtg z uwagi na brak ekonomicznego uzasadnienia dla utrzymania w gotowości niewykorzystanych pracowni, Dyrektor MOW NFZ (pismem z dnia 20 lutego 2012 r.) nie wyraziła jednak zgody na powyższe³⁸. W latach 2011–2013 (do czasu zakończenia kontroli NIK) nie było przypadku skierowania pacjenta na diagnostykę laboratoryjną lub rtg.

³⁷ Laboratorium było czynne w pon., śr. w godz. 7.³⁰-17.⁰⁰, wt., czw. 7.³⁰-15.⁰⁰, a pracownia rtg od pon. do pt. w godz. 8.⁰⁰- 18.⁰⁰.

³⁸ Zgodnie z art. 158 ust.1 ustawy o świadczeniach zdrowotnych nieważna jest zmiana zawartej umowy, jeżeli dotyczy ona warunków, które podlegały ocenie przy wyborze oferty.

Świadczeniodawcy, przystępując do konkursów na zawarcie umów o udzielanie świadczeń NiŚOZ, deklarowali zatrudnienie lekarzy posiadających odpowiednie kwalifikacje i specjalizację z określonej dziedziny medycyny, gwarantując zabezpieczenie gotowości do udzielania tych świadczeń. Wyniki kontroli wskazały, że na przestrzeni okresu objętego kontrolą, niektórzy świadczeniodawcy zawierali aneksy do umów dotyczące głównie zasobów kadrowych, tj. zmian personalnych i liczby lekarzy zapewniających gotowość do udzielania świadczeń NiŚOZ, a tym samym zmieniała się specjalizacja lekarzy udzielających tych świadczeń.

Specjalizacje niektórych lekarzy budziły wątpliwości, co do ich bezpośredniej przydatności przy udzielaniu świadczeń NiŚOZ (np. radiologia, dermatologia i wenerologia, medycyna nuklearna, rehabilitacja lecznicza).

- **Szpital Powiatowy im. M. Kajki w Mrągowie** – na etapie konkursu ofert Szpital deklarował zatrudnienie 12 lekarzy, ale do czerwca 2013 r. poprzez aneksy do umowy z NFZ zgłoszono dziewięciu lekarzy, w tym sześciu będących w trakcie specjalizacji m.in. z radiologii, psychiatrii, dermatologii, otolaryngologii.

Liczba pediatrów i lekarzy będących w trakcie specjalizacji z tej dziedziny medycyny była z reguły za mała w stosunku do faktycznych potrzeb. Świadczy o tym fakt, że dyżurowali oni tylko w określonych godzinach i/lub określone dni, głównie w soboty, niedziele oraz inne dni wolne od pracy. Tłumaczono to brakiem pediatrów do udzielania porad lekarskich dzieciom w ramach NiŚOZ.

- **W SZPZLO w Warszawie** – dyżur pediatryczny pełniony był tylko w soboty, niedziele i inne dni wolne od pracy w godzinach od 7⁰⁰ do 19⁰⁰ (tj. od 7⁰⁰ do 13⁰⁰ i od 13⁰⁰ do 19⁰⁰) kiedy to – wg Dyrektora SZPZLO – zgłaszalność dzieci z terenu objętego NiŚOZ jest największa. W pozostałe dni, tj. na dyżurach od poniedziałku do piątku pediatrizy nie udzielali świadczeń NiŚOZ.

Dyrektor SZPZLO wyjaśniła m.in., że w związku z ograniczoną liczbą lekarzy pediatrów spełnienie oczekiwania co do codziennej pracy pediatrów w ramach NiŚOZ jest niemożliwe.

- **SP ZOZ w Międzyrzeczu** – dyżur pediatryczny w ramach NiŚOZ pełnili lekarze z Oddziału Dziecięcego Szpitala (wchodzącego w skład SP ZOZ), którzy równocześnie w tym samym czasie pełnili dyżur w tym Oddziale. Ordynator Oddziału przyznał w swoim wyjaśnieniu, że w pierwszej kolejności udziela się świadczeń dzieciom/pacjentom hospitalizowanym w Oddziale, a dopiero potem dzieciom oczekującym na poradę w ramach NiŚOZ, a czas oczekiwania może wynosić nawet kilka godzin.
- **ZOZ w Nidzicy** – w analizowanych miesiącach marzec i maj 2013 r., tylko 5 (w marcu) i 6 (w maju) dyżurów pełnili lekarze będący w trakcie specjalizacji z pediatrii. Pozostałe dyżury pełnili – w marcu – lekarze ze specjalizacją z położnictwa i ginekologii lub będący w trakcie tej specjalizacji (10 dyżurów), lekarze będący w trakcie specjalizacji z dermatologii i wenerologii (5), lekarze ze specjalizacją z chorób płuc (4), z otolaryngologii (4) i lekarze będący w trakcie specjalizacji z chorób wewnętrznych (3). Natomiast w maju lekarze ze specjalnością jak wyżej, pełnili odpowiednio – 8, 6, 4, 4 i 3 dyżury.

Niektórzy świadczeniodawcy w ogóle nie zatrudniali pediatrów do udzielania świadczeń NiŚOZ (np. SP ZOZO w Sopocie).

U pacjentów korzystających ze świadczeń w ramach NiŚOZ, we wszystkich obszarach zabezpieczenia, niezależnie od położenia geograficznego, dominowały choroby układu oddechowego. Następne w kolejności były choroby układu krążenia i układu trawiennego.

- **SZPZLO w Warszawie** – w poszczególnych latach objętych kontrolą, choroby układu oddechowego stanowiły 40,7%, 52,4% i 55% udzielonych porad, układu trawiennego – 4%, 4,2% i 2,5%, a układu krążenia – 2,7%, 3,5% i 2,8%.
- **ZOZ w Dębicy** – zgłaszalność pacjentów ze schorzeniami układu oddechowego wynosiła – odpowiednio w badanych latach – 34,5%, 37,5% i 39,8%, układu trawiennego – 7,3%, 6,0% i 4,5%, a układu krążenia – 10,4%, 8,1% i 7,4% (urazy i skaleczenia stanowiły – 1,5%, 1,1% i 0,6%).
- **Szpital Powiatowy im. M. Kajki w Mrągowie** – schorzenia układu oddechowego stanowiły – 28,8%, 30,9% i 36,9%, układu trawiennego – 8,3%, 5,9% i 5,2%, a układu krążenia – 6,8%, 6,9% i 5,8%.

Większość świadczeniodawców (60% objętych kontrolą) w ogóle nie wykonywała badań diagnostyki laboratoryjnej i/lub rtg u pacjentów uznając je za bezzasadne, gdyż w praktyce wyniki tych badań nie są wykorzystywane z racji długiego oczekiwania na ich wynik (szczególnie w przypadku badań laboratoryjnych), a porady lekarskie w ramach NiŚOZ są tylko świadczeniami doraźnymi. Inni nie widzieli potrzeby kierowania pacjentów na te badania.

- **Centra Medyczne „Medyceusz” sp. z o.o.** – w 2011 i 2012 r. w ogóle nie zapewniło gotowości do wykonywania diagnostyki laboratoryjnej i rtg, natomiast w okresie od 19 maja do 30 czerwca 2013 r. zlecił wykonanie badań rtg tylko u 8 pacjentów (i żadnego badania laboratoryjnego).
- **NZOZ Centrum Medyczne „Kaszuby” sp. z o.o. w Kartuzach** – w okresie 6 miesięcy (tj. od 1 grudnia 2012 r. do 31 maja 2013 r.) wykonał u pacjentów w ramach NiŚOZ, tylko 8 badań laboratoryjnych i 1 – rtg.

Wśród kontrolowanych świadczeniodawców były również placówki, w których zlecano do wykonania znaczne ilości tych badań, nawet u 30% pacjentów zgłaszających się w danym miesiącu, co w ocenie NIK budzi wątpliwości co do zasadności ich zlecenia i faktycznej możliwości ich wykorzystania w postawieniu diagnozy lekarskiej w ramach NiŚOZ.

- **Szpital Powiatowy w Sochaczewie** – w 2013 r. w styczniu udzielił 1.357 porad lekarskich w trybie ambulatoryjnym i zlecił do wykonania 280 badań laboratoryjnych, co dotyczyło 20,6% wszystkich udzielonych w tym miesiącu porad; w lutym – udzielono 962 porady i wykonano 287 badań laboratoryjnych (30%), w marcu – udzielono 1.334 porady i wykonano 314 badań (23,5%), w kwietniu – odpowiednio – 1.595 i 401 (25,1%), w maju – 1303 i 356 (27,3%), w czerwcu – 1.295 i 400 (30,9%) i w lipcu – 1.054 i 258 (24,5%).
- **ZOZ w Dębicy** – w I półroczu 2013 r. w ramach NiŚOZ wykonano 1.333 badania laboratoryjne, tj. średnio 222 badania miesięcznie oraz 481 badań rtg, tj. 80 miesięcznie.

3.2.1.4. Rozliczanie umów na realizację świadczeń NiŚOZ

Świadczenia NiŚOZ finansowane były w formie miesięcznej stawki ryczałtowej określonej dla jednego zespołu dyżurującego.

Wysokość ryczałtu ustalona była przez oddział wojewódzki NFZ dla danego obszaru zabezpieczenia. W przypadku jednak gdy w konkursie na dany obszar zgłosiło się więcej niż jeden podmiot leczniczy, kwota ryczałtu ulegała zmianie w wyniku przeprowadzonych negocjacji.

W okresie objętym kontrolą, świadczeniodawcy, poza pojedynczymi przypadkami, terminowo przekazywali oddziałom NFZ informacje o zrealizowanych świadczeniach za dany okres sprawozdawczy podlegający rozliczeniu w ramach umowy, tj. w terminie do 10 dnia po upływie każdego okresu sprawozdawczego.

Zapłata należności przez oddziały NFZ z tytułu realizacji umowy z zakresu NiŚOZ następowała zgodnie z zasadami i w terminach określonych w umowie z OW NFZ, tj. do 15 dni od daty dostarczenia dokumentów rozliczeniowych i faktury przez świadczeniodawcę.

- **ZOZ w Nidzicy** – w okresie objętym kontrolą (od marca 2011 r. do czerwca 2013 r.) w 7 przypadkach (spośród 28) Szpital przekazał informację o zrealizowanych świadczeniach NiŚOZ w terminach niezgodnych z zapisami umowy z OW NFZ, tj. z opóźnieniem wynoszącym od jednego do dwóch dni – w 2 przypadkach, od trzech do czterech dni – 3 przypadki, 25 i 56 dni – po 1 przypadku.
- **SPZ ZOZ w Nowej Dębie** w 3 przypadkach przekazał sprawozdania z opóźnieniem wynoszącym 1, 2 i 3 dni.

Nieprawidłowy sposób organizacji udzielania świadczeń NiŚOZ miał wpływ na realizację rozliczeń finansowych wynikających z umów zawartych z oddziałami wojewódzkimi NFZ.

- **SP ZOZ w Międzyrzeczu** – w badanym okresie przedstawiał Lubuskiemu OW NFZ do rozliczenia i otrzymywał miesięcznie kwoty ryczałtów za świadczenia NiŚOZ realizowane w tym samym czasie przez lekarzy i pielęgniarki udzielających świadczeń w innych rodzajach świadczeń zdrowotnych oraz w innej jednostce organizacyjnej SP ZOZ. Zakład otrzymał z tego tytułu – w okresie od 1 marca 2011 r. do 10 czerwca 2013 r. – kwotę 1.244.980 zł³⁹.

³⁹ Naruszone zostały postanowienie § 1 i § 2 ww. umów o udzielanie świadczeń NiŚOZ, przepisy § 6 ust. 4 pkt 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484) oraz przepisy § 7 ust. 3 zarządzenia Nr 85/2010 Prezesa NFZ (które stanowi, że osoby

- **Szpital Powiatu Krośnieńskiego** – w badanym okresie przedstawiał do rozliczenia do LOW NFZ i otrzymywał miesięcznie kwoty ryczałtów za świadczenia NiŚOZ realizowane w tym samym czasie przez lekarzy udzielających innych rodzajów świadczeń, a nawet także w innej jednostce organizacyjnej Szpitala. Kwota otrzymana w wyniku tych rozliczeń wyniosła 1.017.511 zł.
- **ZOZ w Nidzicy** – wypłacił wynagrodzenie lekarzom i pielęgniarkom udzielającym w okresie od 1 marca 2011 r. do 30 czerwca 2013 r. świadczeń w ramach NiŚOZ w łącznej kwocie 30.077 zł, mimo iż nie byli oni zgłoszeni w umowie z OW NFZ, a więc formalnie nie mogli ich udzielać.

OW NFZ kontrolowały świadczeniodawców w toku postępowań konkursowych, czy miejsca udzielania świadczeń, a także zasoby świadczeniodawcy odpowiadały wykazanym przez nich w ofertach konkursowych. Natomiast po 1 marca 2011 r., tj. po wprowadzeniu nowych zasad organizacji i funkcjonowania NiŚOZ, większość świadczeniodawców (90%), spośród objętych kontrolą NIK, w ogóle nie była kontrolowana przez OW NFZ w zakresie prawidłowości udzielania świadczeń NiŚOZ oraz realizacji umów zawartych w tym zakresie.

Liczba skarg jaka wpływała od pacjentów do świadczeniodawców na udzielane świadczenia NiŚOZ była znikoma w porównaniu z udzieloną przez nich liczbą porad lekarskich i świadczeń pielęgniarskich.

Skargi dotyczyły m.in. długiego oczekiwania na uzyskanie porady lekarskiej, sposobu udzielenia świadczenia, odmowy udzielenia świadczenia (np. z powodu rejonizacji lub braku potwierdzenia ubezpieczenia pacjenta, odmowy przyjęcia zgłoszenia wizyty domowej).

- **W SZPZLO w Warszawie** – w okresie od 1 marca 2011 r. do 9 lipca 2013 r. wpłynęły tylko 2 skargi; jedna dotyczyła udzielenia świadczeń przez chorego pediatrę, a druga – „lekceważącego – wg pacjenta – zachowania lekarza”. Obie skargi uznano za zasadne.
- **W SP ZOZ w Międzyrzeczu** – w okresie od 1 marca 2011 r. do 31 grudnia 2012 r. nie wpłynęła żadna skarga na sposób udzielania świadczeń NiŚOZ, natomiast do 15 maja 2013 r. – tylko dwie. Jedna z nich dotyczyła przypadków odsyłania świadczeniobiorców do innych świadczeniodawców, którzy udzielali świadczeń NiŚOZ w miejscu lub w pobliżu miejsca ich zamieszkania. Druga skarga dotyczyła odmowy udzielenia świadczenia.
- **W ZOZ w Nidzicy** – w badanym okresie (tj. od 1.03.2011 r. do 30.06.2013 r.) wpłynęła od pacjenta tylko jedna skarga na udzielanie świadczeń NiŚOZ i dotyczyła niewłaściwego – według pacjenta – postępowania lekarza udzielającego tych świadczeń. Skarga została uznana przez Dyrektora Szpitala za niezasadną.

3.2.2. W oddziałach wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia

3.2.2.1. Zabezpieczenie dostępności świadczeń NiŚOZ

Na podstawie zarządzenia Prezesa NFZ Nr 85/2010⁴⁰ tereny województw podzielone zostały przez Dyrektorów OW NFZ na tzw. „obszary zabezpieczenia”. Przy wyznaczaniu obszarów zabezpieczenia, przyjęto założenie utrzymania ich zgodności z podziałem administracyjnym województwa, a jedynie duże (pod względem liczby mieszkańców, czy obszaru) powiaty podzielono na mniejsze części (gminy, grupy gmin). Natomiast w miastach, granice obszarów zabezpieczenia przebiegały z zachowaniem granic dzielnic. Wielkość populacji w obszarach zabezpieczenia wynikała ze specyfiki demograficznej i geograficznej województwa, a źródłem stanowiącym podstawę do jej określenia były – zgodnie z § 6 ust. 2 zarządzenia Prezesa NFZ nr 85/2010 – dane na temat liczby ludności według Głównego Urzędu Statystycznego.

zapewniające gotowość do udzielania świadczeń NiŚOZ nie mogą realizować w tym samym czasie zleceń od innych podmiotów, udzielać świadczeń u innych świadczeniodawców oraz wynikających z realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w innych rodzajach świadczeń, a w szczególności, leczenia szpitalnego, ratownictwa medycznego oraz pomocy doraźnej i transportu sanitarnego (zespół sanitarny typu „N”).

⁴⁰ Zarządzenie Prezesa NFZ nr 85/2010/DSOZ z dnia 23 grudnia 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (dalej: zarządzenie Prezesa NFZ nr 85/2010)

Obszary zabezpieczenia podzielono, w zależności od wielkości populacji, na kategorie: do 50 tys. osób, do 100 tys. osób, do 150 tys. osób i powyżej 150 tys. osób⁴¹.

Rzeczywista wielkość populacji na obszarach zabezpieczenia, zaliczonych do tej samej kategorii, była również zróżnicowana i w efekcie niektóre z tych obszarów zostały przyporządkowane do innej kategorii (niższej lub wyższej) niż wynikająca z załącznika nr 1 do zarządzenia Prezesa NFZ nr 85/2010.

- **Pomorski OW NFZ** – obszary zabezpieczenia w kategorii do 50 tys. osób, w pierwszym okresie kontraktowania świadczeń NiŚOZ, liczyły od 7,7 tys. osób do 51 tys. osób, a w drugim okresie – od 24,5 tys. osób do 54,1 tys. osób.
Obszary w kategorii do 100 tys. osób, w pierwszym okresie – liczyły od 56,8 tys. osób do 106,8 tys. osób, a w drugim – od 68,3 tys. osób do 110,4 tys. osób.
W pierwszym okresie kontraktowania 22 (na 28), a w drugim 21 (na 27) obszarów zabezpieczenia przyporządkowano prawidłowo pod względem wielkości populacji do jednej z kategorii (określonych w zał. 1 do zarządzenia Prezesa NFZ nr 85/2010), natomiast w pozostałych przypadkach (po sześć w każdym z okresów), zaliczono je do kategorii niższej.
- **Mazowiecki OW NFZ** – w drugim okresie kontraktowania (na lata 2012-2014) utworzone obszary zabezpieczenia w kategorii do 50 tys. osób liczyły od 21,0 tys. osób do 60 tys. osób, w kategorii do 100 tys. osób – od 61,1 tys. do 108,0 tys. mieszkańców, a w kategorii do 150 tys. osób – od 112,1 tys. do 161,2 tys. mieszkańców.
W efekcie dziewięć obszarów przyporządkowanych zostało do niższej kategorii, mimo iż wielkość populacji na tych obszarach przekraczała granice określone w zarządzeniu Prezesa NFZ – od 1,9% do 20%.

Podstawowym wskaźnikiem dostępności świadczeń NiŚOZ było zapewnienie co najmniej 1 zespołu lekarsko-pielęgniarskiego na każde rozpoczęte 50 tys. osób zamieszkałych na obszarze zabezpieczenia⁴².

W przypadku przyporządkowania obszaru zabezpieczenia do niższej kategorii niż wskazywałyby na to faktyczna liczba mieszkańców, gotowość do udzielania świadczeń NiŚOZ zapewniana była przez mniejszą od wymaganej liczbę zespołów dyżurujących.

Dyrektorzy OW NFZ wyjaśniali, że liczba zespołów udzielających świadczeń na terenie województwa jest ogółem wyższa od potencjalnej liczby zespołów, wynikającej z przyjętego współczynnika (jeden zespół na 50 tys. mieszkańców); przekroczenie populacji na kontrowersyjnych obszarach, z reguły nie jest większe niż 10% (a w pojedynczych przypadkach – 20%) i ma na celu optymalizację kosztów przeznaczonych na ryczałt miesięczny dla każdego zespołu. Oddziały musiały decydować, czy lepszym rozwiązaniem jest – przy określonej puli środków przeznaczonych na świadczenia NiŚOZ – zastosowanie wariantu „niewielkich” przekroczeń populacji na danym obszarze bez przeznaczenia środków dla kolejnego zespołu dla tak małej populacji, czy też przyporządkowanie danego obszaru do wyższej kategorii i egzekwowanie utworzenia większej liczby zespołów. Podkreślali również, że na ogół liczba osób uprawnionych do świadczeń jest nieco mniejsza od danych GUS (np. nieubezpieczeni, czasowa emigracja zarobkowa), a koszt jednego dodatkowego zespołu to około 600 tys. zł rocznie.

Wprawdzie przepisy zarządzenia Prezesa NFZ⁴³ nie przewidują wyjątków w zakresie zapewnienia gotowości udzielania świadczeń NiŚOZ, ale w ocenie NIK, argumentacja dyrektorów OW nie jest pozbawiona racji, tym bardziej, że wyniki kontroli wskazywały, że działania oddziałów w tym zakresie nie ograniczyły dostępności świadczeń NiŚOZ.

⁴¹ Zgodnie z załącznikiem nr 1 do zarządzenia Prezesa NFZ nr 85/2010.

⁴² Por. § 8 ust. 1 zarządzenia Prezesa NFZ nr 85/2010.

⁴³ Zarządzenie Prezesa NFZ nr 85/2010.

- **Pomorski OW NFZ** – np. w pierwszym okresie kontraktowania w jednym z obszarów przyporządkowanych do kategorii do 50 tys. osób, wielkość populacji była o 985 osób wyższa, a w 4 obszarach przyporządkowanych do kategorii do 100 tys. osób – wielkość populacji była wyższa o 6.434, 4.536, 4.811 i 6.800 osób, a na obszarze przyporządkowanym do kategorii do 150 tys. osób – wielkość populacji była wyższa o 3.357 osób.
- **Mazowiecki OW NFZ** – w sześciu obszarach przyporządkowanych do kategorii do 50 tys. osób – populacja była wyższa o: 9.996, 5.252, 2.252, 2.786, 1.220 i 946 osób, a w trzech obszarach przyporządkowanych do kategorii do 100 tys. osób – była wyższa o: 7.061, 5.520 i 8.033 osoby.
- **Warmińsko-Mazurski OW NFZ** – jeden obszar zabezpieczenia przyporządkowano do kategorii do 50 tys. osób, mimo iż populacja na tym terenie wynosiła 50,2 tys. osób i również jeden obszar przyporządkowano do kategorii do 150 tys. osób, mimo iż populacja wynosiła 151,7 tys. osób.

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że wielkość populacji wg danych GUS nieznacznie przekraczała wartość graniczną 50 tys. osób (odpowiednio o 0,4% i 1,13%) ale w przypadku tych obszarów populacja zabezpieczana przez lekarza POZ (wg list aktywnych POZ) była jednak znacznie niższa i wynosiła odpowiednio 45,6 tys. osób i 135,2 tys. osób. Nie było zatem przeciwwskazań do przyporządkowania tych obu obszarów zabezpieczenia do niższej kategorii. Z podmiotami zabezpieczającymi gotowość do udzielania świadczeń NiŚOZ na tych obszarach (z jednym – dysponującym jednym zespołem lekarsko-pielęgniarskim zamiast dwóch i z jednym – posiadającym trzy zespoły zamiast czterech) zawarto umowy na okres od 1 marca 2011 r. do 31 grudnia 2013 r. o wartości – odpowiednio – 2.358,3 tys. zł i 6.862,7 tys. zł (do dnia 18 czerwca 2013 r. wypłacono tym świadczeniodawcom za świadczone usługi – odpowiednio – 1.873,6 tys. zł i 5.421,9 tys. zł).

Na niektórych obszarach zabezpieczenia świadczeniodawcy tworzyli dodatkowe zespoły dyżurujące (ponad limit określony w zarządzeniu Prezesa NFZ), co było dodatkowo oceniane w toku procedury konkursowej na wyłonienie świadczeniodawcy NiŚOZ⁴⁴.

Nadmienić należy, że na niektórych obszarach zabezpieczenia (np. w województwie mazowieckim) przyporządkowanych do niższej kategorii (tj. na których populacja przekraczała granice określone dla tej kategorii w zarządzeniu Prezesa NFZ nr 85/2010), świadczeniodawcy również powoływali dodatkowe zespoły lekarsko-pielęgniarskie ponad wymagane minimum dla tej kategorii, co uzupełniało „brakujący” zespół.

- **Mazowiecki OW NFZ** – w 2011 r. (wg stanu na koniec roku) w 66 obszarach zabezpieczenia, świadczeniodawcy zadeklarowali łącznie 148 zespołów lekarsko-pielęgniarskich (w tym 24 dodatkowych) oraz dodatkowo 5 lekarzy i 1 pielęgniarkę. Natomiast w 2012 r. w 69 obszarach zabezpieczenia, liczba zgłoszonych zespołów dyżurujących wynosiła 138 (w tym 16 dodatkowych) oraz dodatkowo zgłoszono 4 lekarzy i 5 pielęgniarek.
- **Podkarpacki OW NFZ** – wybrani w toku konkursu świadczeniodawcy, zobowiązani byli do utworzenia 55 zespołów dyżurujących udzielających świadczeń NiŚOZ na 26 obszarach zabezpieczenia. W toku pierwszego kontraktowania świadczeń NiŚOZ (od 1 marca 2011 r.) dziewięciu oferentów zgłosiło dodatkowy zespół dyżurujący i w efekcie, świadczenia te udzielane były przez 64 zespoły a w toku drugiego kontraktowania (od 1 marca 2013 r.). 11 wybranych oferentów zgłosiło dodatkowy zespół i ostatecznie świadczeń tych udzielało 66 zespołów lekarsko-pielęgniarskich.

Na każdym obszarze zabezpieczenia świadczeniodawca miał obowiązek zorganizowania jednego miejsca udzielania świadczeń⁴⁵, przy czym zarządzenie Prezesa NFZ dopuszczało zorganizowanie – na obszarach powyżej 50 tys. mieszkańców – dodatkowego miejsca przyjmowania pacjentów (poza miejscem wskazanym w postępowaniu konkursowym) w celu zwiększenia dostępności do świadczeń⁴⁶.

Dyrektorzy oddziałów NFZ wyjaśniali, że ustalając obszary zabezpieczenia, przeprowadzali analizę odległości i możliwości dojazdu do miejsc udzielania świadczeń oraz ich dogodnej lokalizacji pod względem komunikacyjnym.

⁴⁴ Pkt 4.2 i 4.3. załącznika nr 3 do zarządzenia Prezesa NFZ nr 85/2010.

⁴⁵ Por. § 3 ust. 4 zarządzenia Nr 85/2010 Prezesa NFZ.

⁴⁶ Por. § 3 ust. 5 zarządzenia Nr 85/2010 Prezesa NFZ.

Zmiana wielkości obszarów zabezpieczenia, a w efekcie ich łącznej liczby, była wynikiem obserwacji zgłaszalności pacjentów i liczby udzielonych świadczeń oraz spostrzeżeń świadczeniobiorców i świadczeniodawców z pierwszego okresu funkcjonowania NiŚOZ na nowych zasadach.

- **Pomorski OW NFZ** – w pierwszym okresie kontraktowania, utworzono 28 obszarów zabezpieczenia (w tym osiem obejmujących populację do 50 tys. osób, 16 – do 100 tys. osób, trzy – do 150 tys. osób i jeden – powyżej 150 tys. osób), w których funkcjonowały 54 zespoły lekarsko-pielęgniarskie (w tym jeden dodatkowy) i udzielały one świadczeń w 34 miejscach.

Natomiast w drugim okresie kontraktowania, utworzono 27 obszarów (zmniejszono do 15 liczbę obszarów z populacją do 100 tys. osób), w których funkcjonowało 61 zespołów (w tym 10 dodatkowych), a udzielały one świadczeń w 33 miejscach.

- **Mazowiecki OW NFZ** – obszar Mazowsza podzielony został od marca 2011 r. na 63 obszary zabezpieczenia, do końca 2011 r. ich liczba wzrosła do 66, a na koniec 2012 r. – do 69 (i taki był stan do czasu zakończenia kontroli NIK). W pierwszym okresie kontraktowania utworzono 19 obszarów w kategorii do 50 tys. mieszkańców, 29 obszarów – do 100 tys. osób, 15 obszarów – w kategorii do 150 tys. osób i 1 – w kategorii powyżej 150 tys. mieszkańców; łącznie stworzono 72 miejsca udzielania świadczeń.

W drugim okresie kontraktowania liczba obszarów zabezpieczenia wynosiła odpowiednio: 31, 24, 13 i 1, a liczba miejsc udzielania świadczeń wzrosła do 73.

Oddziały informowały świadczeniobiorców o zasadach udzielania świadczeń NiŚOZ poprzez publikacje zamieszczane w prasie, środkach masowego przekazu oraz na stronach internetowych.

Oddziały publikowały na swojej stronie internetowej wykazy świadczeniodawców udzielających świadczeń NiŚOZ i ich bieżące aktualizacje, a niektóre (np. Pomorski OW NFZ) również mapę województwa z naniesionymi miejscami udzielania tych świadczeń i ich danymi teleadresowymi. Publikowano także komunikaty dotyczące obowiązujących od 1 marca 2011 r. zasad udzielania świadczeń NiŚOZ (w tym o braku rejonizacji), a także komunikaty o konieczności wywieszenia przez świadczeniodawców list wszystkich placówek realizujących te świadczenia.

- **Podkarpacki OW NFZ** – w lutym i marcu 2011 r. artykuły prasowe dotyczące zmian w systemie organizacji NiŚOZ opublikowane zostały ogółem w 15 wydaniach 3 dzienników o zasięgu terytorialnym. Audycje informacyjne nadawane były w TVP Rzeszów (3 audycje), Radiu Rzeszów (5 audycji) oraz Radiu Via (1 audycja); w dniach 6 i 25 marca 2011 r. pracownicy Oddziału pełnili dyżur informacyjny w Radiu Rzeszów, w dniu 1 marca 2011 r. na stronie internetowej Oddziału zamieszczono „Komunikat dla ubezpieczonych dotyczący NiŚOZ”, w którym poinformowano o zakresie tych świadczeń, terminach realizacji, świadczeniodawcach ich udzielających, zamieszczono także mapę województwa z określonymi granicami obszarów zabezpieczenia, a w opisie mapy podano, iż przy udzielaniu tych świadczeń nie obowiązuje rejonizacja i pacjent ma prawo do skorzystania z porady ambulatoryjnej u każdego ze świadczeniodawców wykazanych w zestawieniu.

Jednostki samorządu terytorialnego jako gospodarze terenu, a często również organy założycielskie podmiotów leczniczych, powinny mieć wpływ na organizację i funkcjonowanie opieki zdrowotnej na „swoim” obszarze⁴⁷. Dyrektorzy OW NFZ wyjaśniali w toku kontroli, że współpracowali z władzami samorządowymi, zarówno na etapie planowania obszarów zabezpieczenia, jak również w trakcie kontraktowania świadczeń, szczególnie w sytuacjach kontrowersyjnych, bądź zagrażających brakiem punktu udzielania świadczeń NiŚOZ na danym terenie.

Dyrektorzy OW NFZ informowali również, że realizując zadania określone w art. 107 ust. 8 ustawy o świadczeniach, przed wprowadzeniem zmian w organizacji udzielania świadczeń NiŚOZ, tj. przed 1 marca 2011 r., uczestniczyli w spotkaniach z radnymi i mieszkańcami niektórych terenów. Występowali również na piśmie do jednostek samorządu terytorialnego o przekazanie opinii o tworzonych obszarach zabezpieczenia. Natomiast już w okresie funkcjonowania NiŚOZ według

⁴⁷ Art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2013 r., poz. 595), art. 7 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (Dz. U. z 2013 r. poz. 594), art. 7 i 8 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

nowych zasad organizacji, tj. po 1 marca 2011 r., do oddziałów wojewódzkich NFZ sporadycznie wpływały pisma od j.s.t. dotyczące skutków zmian zasad udzielania tych świadczeń. Pisma te dotyczyły głównie niezadowolenia z wyboru świadczeniodawców, sprzeciwu wobec zmiany dotychczasowego świadczeniodawcy i/lub żądania ponownej weryfikacji ofert.

- **Pomorski OW NFZ** – Przedstawiciele Oddziału uczestniczyli w spotkaniach organizowanych z inicjatywy dyrektora OW NFZ i innych organów m.in. z Burmistrzem Łeby, Starostą Powiatu Gdańskiego, Radą Miasta Hel, radnymi i mieszkańcami dzielnicy Morena oraz wystąpił do wybranych 15 j.s.t. o przekazanie opinii o obszarach zabezpieczenia (osiem j.s.t. nie zgłosiło uwag, a siedem – zaproponowało nieznaczne zmiany); w pierwszym i drugim okresie kontraktowania do OW NFZ wpłynęło po 5 pism od j.s.t., m.in. niezadowolonych z wyboru świadczeniodawcy, domagających się zmiany dotychczasowego świadczeniodawcy, wnoszono również o ponowną weryfikację ofert.

Z informacji uzyskanych od j.s.t.⁴⁸, do których NIK zwróciła się w trakcie kontroli, wynika, że niektóre z nich w ogóle nie współpracowały z OW NFZ i nie podejmowały działań w celu zapewnienia mieszkańcom świadczeń NiŚOZ podając, że nie było takiej konieczności. Rozwiązania przyjęte przez poszczególne oddziały były dla nich satysfakcjonujące. Niektóre j.s.t. oceniały współpracę z OW NFZ pozytywnie, a inne – informowały o pogorszeniu dostępności do ww. świadczeń, jak również braku konsultacji przy wyborze nowego świadczeniodawcy.

Analiza uzyskanych informacji wykazała, że część j.s.t. w ogóle nie ma wiedzy, na jakich zasadach, w jakich miejscach i przez jakiego świadczeniodawcę mieszkańcy mają zapewnioną NiŚOZ.

Natomiast niektóre samorządy informowały, że ze względu na dogodniejszy dojazd, mieszkańcy uzyskują pomoc w miejscach udzielania świadczeń zlokalizowanych także w innych obszarach zabezpieczenia, poza obszarem danej jednostki (korzystając z nowych uregulowań prawnych, wg których pacjent ma prawo wyboru takiego miejsca).

- **Pomorski OW NFZ** – z informacji uzyskanych z 17 j.s.t. wynika, że osiem z nich współpracowało z Oddziałem przy zmianie organizacji udzielania świadczeń NiŚOZ, trzech – w ogóle nie podejmowało takich działań, a sześciu – przedstawiło swoje uwagi dotyczące zmiany dotychczasowego miejsca udzielania świadczeń, w tym m.in. o pogorszeniu dostępności świadczeń w drugim okresie kontraktowania dla mieszkańców Mierzei Helskiej (najbliższe miejsce udzielania świadczeń dla mieszkańców gminy Hel znajdowało się w oddalonym o około 45 km Pucku). Z ustaleń kontroli wynika, że w pierwszym okresie kontraktowania gminy Hel i Jastarnia (zamieszkałe, wg danych GUS na 31 marca 2013 r., przez 7.886 osób) stanowiły odrębny obszar o kategorii do 50 tys. osób, z miejscem udzielania świadczeń w Helu. W drugim okresie analogiczny obszar nie został utworzony m.in. z powodu niewłaściwej realizacji świadczeń NiŚOZ przez dotychczasowego świadczeniodawcę (jedynego na tym obszarze).

Na ograniczenie dostępu do świadczeń NiŚOZ zwrócił uwagę Burmistrz Helu w skierowanym do Ministra Zdrowia piśmie z 8 marca 2013 r., wskazując m.in. że w okresie letnim jedyną drogą łączącą Hel z Puckiem jest bardzo zatłoczona, liczba osób przebywających na tym terenie przekracza 50 tys. i w tej sytuacji pacjent z Helu, wobec ograniczonego dostępu do świadczeń NiŚOZ, zgłosi się do szpitala w Helu, który jest włączony w system ratownictwa medycznego. Wówczas koszty udzielania porady i pomocy zostaną pokryte przez szpital.

- **Mazowiecki OW NFZ** – z informacji uzyskanych z 34 j.s.t.⁴⁹ wynika, że 23 z nich nie podejmowało współpracy z Oddziałem gdyż nie było takiej potrzeby, a dziewięć – wykazało znaczne zaangażowanie związane z zapewnieniem dostępności do NiŚOZ na swoim terenie proponując Oddziałowi utworzenie obszarów zabezpieczenia i/lub miejsc udzielania tych świadczeń – wg nich najlepszych (niektóre propozycje Oddział zaakceptował, a na niektóre nie wyraził zgody, uzasadniając swoje decyzje). Pięć gmin w ogóle nie miało wiedzy o zasadach, miejscach i świadczeniodawcach udzielających świadczeń NiŚOZ, a sześć innych samorządów poinformowało, że mieszkańcy korzystają również ze świadczeń NiŚOZ udzielanych w innych obszarach zabezpieczenia (ze względu na dogodniejszy dojazd).

⁴⁸ NIK wystąpiła o informacje do 81 j.s.t. w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK; spośród nich 30 j.s.t. (37%) poinformowało, że współpracowało z OW NFZ, a pozostałych 51 (63%) – nie podejmowało takiej współpracy.

⁴⁹ NIK wystąpiła do 35 samorządów, jeden z nich nie udzielił odpowiedzi. Informacje uzyskano z 6 powiatów, 27 gmin oraz jednego miasta na prawach powiatu.

- **Warmińsko-Mazurski OW NFZ** – z informacji uzyskanych z 16 j.s.t. wynika, że żadna z nich nie miała wpływu na lokalizację miejsca udzielania świadczeń NiŚOZ na danym obszarze zabezpieczenia i nie współpracowała z Oddziałem NFZ. Do samorządów tych nie wpłynęły żadne skargi dotyczące udzielania świadczeń NiŚOZ.
- **Podkarpacki OW NFZ** – z informacji z 6 j.s.t. (w tym z 3 jednostek samorządu powiatowego i 3 jednostek samorządu gminnego) wynika, że samorzady te nie podejmowały działań w zakresie organizacji udzielania świadczeń NiŚOZ na swoim terenie.

Przed 1 marca 2011 r. deklaracja wyboru lekarza POZ wiązała ich również w zakresie świadczeń NPL⁵⁰ (obligatoryjne przypisanie do jednego miejsca udzielania świadczeń). Liczba świadczeniodawców przed 1 marca 2011 r. była wprawdzie większa (wynosiła 2.404) niż obecnie⁵¹, ale obowiązywały wówczas inne zasady kontraktowania i realizacji świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Zawierano z NFZ odrębne umowy na świadczenia lekarskie i pielęgniarские (mogły być udzielane w tym samym miejscu przez różne podmioty), opiekę ambulatoryjną i wyjazdową (zawierano oddzielne umowy na te świadczenia dla tej samej grupy osób).

Natomiast po 1 marca 2011 r. liczba miejsc udzielania świadczeń NiŚOZ jest porównywalna z liczbą świadczeniodawców udzielających tych świadczeń i wynika z liczby utworzonych obszarów zabezpieczenia. Obecnie w większości przypadków świadczenia udzielane są w tych samych miejscach przez tych samych świadczeniodawców.

Dostępność świadczeń NiŚOZ została zwiększona poprzez zniesienie rejonizacji; od 1 marca 2011 r. świadczeniodawca ma obowiązek udzielania tych świadczeń wszystkim zgłaszającym się pacjentom – również spoza obszaru zabezpieczenia, w ramach ryczałtu miesięcznego określonego w umowie.

3.2.2.2. Kontraktowanie i finansowanie świadczeń NiŚOZ

W badanym okresie oddziały wojewódzkie NFZ przeprowadziły dwukrotnie postępowania konkursowe mające na celu wyłonienie świadczeniodawców udzielających świadczeń NiŚOZ i zawarcie z nimi umów w tym zakresie. Kryteria oceny ofert były w przedmiotowych postępowaniach ustalone zarządzeniem Prezesa NFZ nr 86/2010⁵². Komisje konkursowe oceniały złożone przez świadczeniodawców oferty w oparciu o ranking generowany automatycznie przez system informatyczny. W konsekwencji czynnikiem decydującym o wyborze danej oferty (oprócz spełniania wymogów formalno-prawnych) była liczba punktów uzyskana zgodnie z ww. zarządzeniem Prezesa NFZ nr 86/2010.

Świadczeniodawcy ubiegający się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń NiŚOZ zobowiązani byli spełniać wymagania określone przez Prezesa NFZ w zarządzeniu nr 85/2010. W każdym postępowaniu konkursowym należało wyłonić jednego świadczeniodawcę udzielającego świadczeń w jednym miejscu udzielania świadczeń na obszarze zabezpieczenia⁵³.

Przeprowadzona w każdym OW NFZ (objętym kontrolą NIK) szczegółowa analiza co najmniej 20 postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń NiŚOZ (po 10 z pierwszego i drugiego okresu kontraktowania), poza pojedynczymi przypadkami, nie wykazała zasadniczych nieprawidłowości, które miałyby wpływ na wybór świadczeniodawców.

⁵⁰ NPL – Nocna Pomoc Lekarska (tak nazywano udzielanie świadczeń poza godzinami pracy p.o.z).

⁵¹ Według stanu na 1 marca 2011 r. było 454 świadczeniodawców, a według stanu na 30 września 2013 r. – 463.

⁵² Zarządzenie Prezesa NFZ nr 86/DSOZ/2010 z dnia 23 grudnia 2010 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

⁵³ Por. § 3 ust. 4 zarządzenia Prezesa NFZ nr 85/2010.

- **Pomorski OW NFZ** – w dokumentacji 2 spośród 20 postępowań nie było oświadczeń członków komisji, o których mowa w § 5 ust. 3 rozporządzenia w sprawie postępowania⁵⁴ (w tym w 1 – nie było przesłanek do jego złożenia); w opisie przedmiotu zamówienia we wszystkich analizowanych ogłoszeniach (10) z 2011 r. ujęto jedynie usługi lekarskie (tj. bez świadczeń pielęgniarskich)⁵⁵, w 7 protokołach sporządzonych z przebiegu 18 postępowań (spośród 20 analizowanych) nie podano daty zakończenia tych postępowań (wymaganej na podstawie § 7 pkt 1 rozporządzenia w sprawie postępowania), a w dokumentacji dwóch pozostałych postępowań – nie było ww. protokołów.
- **Podkarpacki OW NFZ** – spośród 52 postępowań konkursowych, badaniem objęto 22 (w tym 12 – przeprowadzonych w ramach pierwszego kontraktowania na udzielanie świadczeń NiŚOZ od 1 marca 2011 r. i 10 – w ramach drugiego kontraktowania na udzielanie tych świadczeń od 1 marca 2013 r.). Ustalono, iż w postępowaniach dotyczących pierwszego okresu kontraktowania – dwóch oferentów nie zostało wezwanych do usunięcia braków formalnych w ofertach.

Pozostałe zbadane postępowania, przeprowadzono zgodnie z przepisami rozporządzenia w sprawie postępowania oraz zgodnie z obowiązującą w NFZ procedurą konkursu ofert lub rokowań; oferty wybrane we wszystkich zbadanych postępowaniach spełniały wymagania określone w zarządzeniach Prezesa NFZ⁵⁶.

O zawarcie umów o udzielanie świadczeń NiŚOZ ubiegali się z reguły świadczeniodawcy, którzy udzielali tych świadczeń przed 1 marca 2011 r.

Komisje konkursowe, w toku postępowań dotyczących pierwszego i drugiego okresu kontraktowania, przeprowadziły wizytacje oferentów w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości przedstawionych przez nich danych, w tym wszystkich podmiotów nieudzielających wcześniej świadczeń NiŚOZ. Wzywały również oferentów do uzupełniania braków formalnych w ofertach, wyjaśnienia, bądź zmiany, punktów spornych. Oferenci biorący udział w postępowaniach konkursowych, zgłaszali spełnienie wymagań dodatkowo ocenianych⁵⁷ (tj. dodatkowy zespół dyżurujący lekarsko-pielęgniarski, lekarze posiadający specjalizację lub będących w trakcie specjalizacji w dziedzinie medycyny rodzinnej, pediatrii lub chorób wewnętrznych, zapewnienie diagnostyki laboratoryjnej i/lub diagnostyki rtg, zapewnienie środka transportu sanitarnego lub gotowość do użytkowania samochodu osobowego jako środka transportu). W wyniku postępowania konkursowego nie ze wszystkimi spośród nich zawierano jednak umowy na realizację świadczeń NiŚOZ ponieważ ich oferty nie spełniały innych kryteriów konkursu ofert.

- **Pomorski OW NFZ** – o udzielanie świadczeń NiŚOZ ubiegało się w postępowaniach dotyczących pierwszego okresu kontraktowania 55 (w tym czterech nieudzielających dotychczas takich świadczeń), a w postępowaniach dotyczących drugiego okresu 60 oferentów (w tym dziewięciu nieudzielających świadczeń w pierwszym okresie kontraktowania).

W pierwszym okresie kontraktowania zawarto umowy z 25 świadczeniodawcami, ale tylko jeden z nich zgłosił dodatkowy zespół dyżurujący, 23 – posiadało lekarzy ze specjalizacją lub będących w trakcie specjalizacji, 14 – zapewniało diagnostykę laboratoryjną, 18 – diagnostykę rtg, 23 – środek transportu sanitarnego, a 23 – gotowość do użytkowania samochodu osobowego jako środka transportu. U wszystkich z nich, w różnym tygodniowym wymiarze pracy, świadczeń NiŚOZ udzielało 122 pediatrów.

⁵⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 15 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań (Dz. U. Nr 273, poz. 2719), zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie postępowania”.

⁵⁵ Art. 140 ust. 1 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.) – zwanej dalej „ustawą o świadczeniach” – stanowi, że przedmiot zamówienia opisuje się w sposób jednoznaczny i wyczerpujący.

⁵⁶ Zarządzenie nr 49/2010/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 31 sierpnia 2010 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (dotyczy pierwszego kontraktowania), zarządzenie nr 46/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 16 września 2011 r. w tej samej sprawie (dotyczy drugiego kontraktowania), oraz zarządzenia nr 85/2010 Prezesa NFZ.

⁵⁷ Tj. określonych w punktach 4.1-4.8 załącznika Nr 3 do zarządzenia Nr 85/2010 Prezesa NFZ.

Natomiast w drugim okresie kontraktowania umowy zawarto z 23 świadczeniodawcami, spośród których 10 zgłosiło dodatkowy zespół dyżurujący. Pozostałe dodatkowe wymagania wymienione powyżej, posiadała odpowiednio – 23, 9, 14, 22 i 21 świadczeniodawców, a w całym województwie świadczeń NiŚOZ udzielało 97 pediatrów.

- **Podkarpacki OW NFZ** – o udzielanie świadczeń NiŚOZ w pierwszym kontraktowaniu ubiegało się 37 świadczeniodawców, a w drugim – 32 (w tym 27 – którzy ubiegali się w pierwszym kontraktowaniu oraz 5 „nowych”).

W ramach pierwszego kontraktowania umowy zawarto z 24 świadczeniodawcami; 18 spośród nich zgłosiło dodatkowe zespoły dyżurujące, 16 wskazało, że lekarzami udzielającymi świadczeń NiŚOZ będą pediatrzy (80 osób) lub lekarze w trakcie tej specjalizacji (7 osób), 22 – że świadczeń udzielać będą między innymi lekarze posiadający specjalizację lub będący w trakcie specjalizacji w dziedzinie chorób wewnętrznych, 19 – zapewniało diagnostykę laboratoryjną i rtg, 23 – zapewniało transport sanitarny oraz gotowość użytkowania samochodu osobowego, a 1 – tylko transport sanitarny.

W ramach drugiego kontraktowania umowy zawarto również z 24 świadczeniodawcami (w tym 21 – którzy udzielali świadczeń NiŚOZ od 1 marca 2011 r. i 3 nowych świadczeniodawców); 15 spośród nich zadeklarowało dodatkowe zespoły dyżurujące, 21 – zgłosiło, że wśród lekarzy udzielających świadczeń NiŚOZ są między innymi pediatrzy (73 osoby) i lekarze w trakcie tej specjalizacji (35 osób), a wszyscy (24 świadczeniodawców) – że świadczeń udzielać będą między innymi lekarze posiadający lub będący w trakcie specjalizacji w dziedzinie chorób wewnętrznych. Wszyscy świadczeniodawcy zapewniaли diagnostykę laboratoryjną i rtg, 19 – transport sanitarny i gotowość użytkowania samochodu osobowego, a 5 – tylko transport sanitarny.

Finansowanie świadczeń NiŚOZ odbywało się w formie ryczałtu miesięcznego, tj. kwoty przeznaczonej na zapewnienie gotowości do udzielania tych świadczeń przez co najmniej jeden „zespół dyżurujący” (tj. jednego lekarza i jedną pielęgniarkę) na każde rozpoczęte 50 tys. osób zamieszkałych na obszarze zabezpieczenia⁵⁸.

Kwoty ryczałtów ustalane były w zależności od kategorii obszaru zabezpieczenia⁵⁹.

Wyniki kontroli wskazały, że niektóre OW NFZ (np. Pomorski, Podkarpacki, Podlaski, Śląski, Warmińsko-Mazurski) różnicowały dodatkowo wysokość ryczałtów na obszarach zabezpieczenia tej samej kategorii (z powodu różnej wielkości populacji na poszczególnych obszarach).

Natomiast w innych oddziałach NFZ (np. Mazowieckim, Świętokrzyskim, Wielkopolskim, Dolnośląskim, Małopolskim) wysokość stawki ryczałtu miesięcznego była jednakowa dla obszarów zaliczonych do tej samej kategorii niezależnie od faktycznej populacji na tym obszarze i liczby udzielonych porad lekarskich⁶⁰.

- **Pomorski OW NFZ** – w kategorii obszarów zabezpieczenia: do 50 tys. osób, w pierwszym okresie kontraktowania wysokość ryczałtów wahała się od 13,4 tys. zł do 58,3 tys. zł, a w drugim okresie – od 46,4 tys. zł do 62,6 tys. zł; w kategorii do 100 tys. osób, ryczałt na jeden zespół dyżurujący wynosił w pierwszym okresie kontraktowania od 44,1 tys. zł do 59,1 tys. zł, a w drugim – od 31 tys. zł do 62,4 tys. zł; w kategorii do 150 tys. osób ryczałt na jeden zespół dyżurujący wynosił – odpowiednio – od 49,5 tys. zł do 58,4 tys. zł i od 36,9 tys. zł do 54,0 tys. zł; w kategorii powyżej 150 tys. osób – w pierwszym i drugim okresie kontraktowania, ryczałt na jeden zespół dyżurujący wynosił – odpowiednio – 59,6 tys. zł i 58,9 tys. zł.

⁵⁸ Liczba zespołów dyżurujących wynika z wielkości populacji zamieszkałej w poszczególnych obszarach zabezpieczenia.

⁵⁹ W dniu 11 stycznia 2011 r. odbyło się spotkanie Prezesa NFZ z dyrektorami OW NFZ, na którym Prezes zaproponował następujące stawki ryczałtów na obszarach: do 50 tys. mieszkańców – 56 tys. zł, do 100 tys. osób – 106,4 tys. zł, do 150 tys. osób – 156,8 tys. zł, powyżej 150 tys. osób – 201,2 tys. zł.

⁶⁰ Wysokość ryczałtu zależna jest od liczby populacji, która jest objęta opieką na danym obszarze zabezpieczenia, co wskazuje zapis § 2 ust. 1 pkt 6 zarządzenia Nr 85/2010 Prezesa NFZ zmienionego zarządzeniem Nr 10/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 28 lutego 2011 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej: „Ryczałt miesięczny jest przypisany do obszaru zabezpieczenia, na który została zawarta umowa, bez względu na liczbę dodatkowych miejsc przyjmowania pacjentów zorganizowanych poza miejscem udzielania świadczeń, o którym mowa w § 3 ust. 4 (tak określony ryczałt nie podlega podziałowi, na dodatkowe miejsca)”.

Oddział, uwzględniając w kalkulacji ryczałtów miesięcznych wielkość populacji zamieszkującej dany obszar zabezpieczenia, zapewnił, że w województwie nie wystąpiły przypadki, iż, w ramach danej kategorii zabezpieczenia, obszary o większej populacji obsługiwaliby świadczeniodawcy za stawki niższe, niż świadczeniodawcy obsługujący obszary o mniejszej populacji.

- **Mazowiecki OW NFZ** – przyjęto, że w 2011 r. wysokość ryczałtów miesięcznych, w odniesieniu do poszczególnych obszarów zabezpieczenia, wyniesie: 52.020 zł (dla 19 obszarów do 50 tys. osób), 102.510 zł (dla 29 obszarów do 100 tys. osób), 154.530 zł (dla 15 obszarów do 150 tys. osób) i 206.550 zł (dla 1 obszaru powyżej 150 tys. osób).

W wyniku ostatecznych rozstrzygnięć procedury konkursowej w 2011 r. – w kategorii obszarów do 50 tys. osób – wysokość ryczałtów wynosiła od 49.998 zł do 52.020 zł, a od 2012 r. – od 47.998 zł do 52.020 zł. W kategorii obszarów do 100 tys. osób – wysokość ryczałtów wynosiła – odpowiednio – od 92.259 zł do 102.510 zł i od 92.085 zł do 102.510 zł, w obszarach do 150 tys. osób – odpowiednio – od 139.100 zł do 154.530 zł i od 139.077 zł do 154.530 zł. W obszarze powyżej 150 tys. osób – w 2011 r. ryczałt wynosił maksymalną kwotę 206.550 zł, a od 2012 r. zmienił się świadczeniodawca i ryczałt zmalał do 193.000 zł.

Wyniki kontroli wskazały, że np. w kategorii obszarów do 50 tys. osób taką samą stawkę 52.020 zł otrzymywali świadczeniodawcy NiŚOZ na obszarach: Rembertów (23.432 osoby), Wesoła (23.063 osoby), Wilanów (20.990 osób), jak też na obszarach o znacznie wyższej populacji, np. w powiecie makowskim (45.924 osoby), zwoleńskim (36.741 osób), oraz w kilku obszarach, w których liczba ludności przekroczyła 50 tys. osób, np. w powiecie sierpeckim (52.786 osób), czy na obszarze grupa gmin powiatu pruszkowskiego (59.996 osób).

W kategorii obszarów do 100 tys. osób taki sam ryczałt miesięczny 102.510 zł otrzymywali świadczeniodawcy w powiecie kozienickim (61.079 zł osób) jak w powiecie płońskim (108.033 osoby).

Analiza średniej miesięcznej liczby porad na jednego lekarza, w poszczególnych obszarach zabezpieczenia, wykazała, że liczba udzielonych porad nie zawsze jest proporcjonalna do wielkości populacji zamieszkałej na danym obszarze.

- W powiecie wołomińskim (709 porad) i sierpeckim (837 porad) liczby porad tylko nieznacznie się różniły, pomimo iż różnica w wielkości populacji wynosiła 80% (29.294 osoby i 52.786 osób). Wystąpiły też przypadki, że w obszarze o wyższej populacji liczba przyjęć była mniejsza niż w obszarach większych. Przykładowo, pomimo iż populacja w powiecie makowskim (45.924 osoby) była znacznie wyższa niż w obszarze wołomińskim (29.294 osoby) – liczba porad w powiecie makowskim (250) była prawie 3-krotnie niższa niż w obszarze wołomińskim (709 porad). Również w większym liczebnie od powiatu wołomińskiego powiecie zwoleńskim (36.741 osób) liczba porad (680) była niższa.

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych wyjaśnił, że wartość ryczałtów miesięcznych została ustalona stosownie do kategorii obszaru (R_1, R_2, R_3, R_4) oraz posiadanych przez Oddział środków finansowych. Ich wysokość została skalkulowana na minimalnym poziomie kosztów gotowości jednego zespołu (w wymiarze 472 godzin/m-c). Zatem, różnicowanie wysokości ryczałtów, w zależności od wielkości populacji w danym obszarze, byłoby nieuzasadnione i w przypadku obniżenia ryczałtu w obszarach zabezpieczenia poniżej 50 tys. osób, uniemożliwiłoby zapewnienie gotowości lekarza i pielęgniarki do udzielania świadczeń z uwagi na niewystarczające środki finansowe na wynagrodzenie personelu medycznego. Takie działanie mogłoby mieć wpływ na obniżenie jakości świadczeń poprzez zatrudnianie lekarzy bez specjalizacji („tańszych” stażystów).

Dyrektor wyjaśnił również, że różnice w liczbie porad mogą wynikać z wielu kryteriów i okoliczności, i nie zawsze ma to związek z wielkością populacji w obszarze zabezpieczenia. W sezonie letnim znaczenie ma np. położenie i charakter obszaru (turystyczny, rekreacyjny), w zimie - zjawiska epidemiologiczne np. zapadalność na grypę i choroby grypopodobne w danym rejonie czy obszarze.

Na wysokość ryczałtów wpływ miały także negocjacje cenowe prowadzone z oferentami, w trakcie których oferowali oni niższe kwoty od „pełnego ryczałtu”. Oddziały przeprowadzały negocjacje ze wszystkimi oferentami, w sytuacji gdy w konkursach na udzielanie świadczeń NiŚOZ na poszczególnych obszarach zabezpieczenia uczestniczyło co najmniej 2 oferentów. Skutkowało one obniżeniem stawek ryczałtów na tych obszarach, w stosunku do wysokości zaplanowanej przez Oddział. Prowadziło to niejednokrotnie do powstania sytuacji, w których – w ramach tej samej kategorii obszarów zabezpieczenia – stawki za udzielanie świadczeń na obszarach o większej populacji były niższe od stawek na obszarach gdzie populacja była mniejsza.

- **Podkarpacki OW NFZ** – w wyniku negocjacji na obszarze zabezpieczenia o populacji 89,7 tys. mieszkańców (północna część powiatu jasielskiego) świadczeniodawca otrzymywał ryczałt w wysokości 104,7 tys. zł, a na trzech obszarach o mniejszej populacji (od 78,4 tys. osób do 88,2 tys. osób) świadczenia udzielane były za wyższe kwoty ryczałtu (od 107,0 tys. zł do 112,8 tys. zł); na obszarze o populacji 137,6 tys. osób (powiat przemyski wraz z miastem Przemysł) – stawka ryczałtu wynosiła 168 tys. zł, a na 2 obszarach o mniejszej populacji (133,2 tys. osób i 134,0 tys. osób) świadczenia udzielane były za wyższe stawki ryczałtowe (odpowiednio – 169,9 tys. zł i 170,3 tys. zł), na obszarze o populacji 78,7 tys. osób (powiat przeworski) stawka ryczałtu wynosiła 85,0 tys. zł, a na 11 obszarach o mniejszej populacji (od 61,6 tys. osób do 77,1 tys. osób) świadczenia udzielane były za wyższe stawki ryczałtu (od 93,5 tys. zł do 106,2 tys. zł).

Rozliczanie umów o udzielanie świadczeń NiŚOZ odbywa się według zasad określonych w „Ogólnych warunkach umów”⁶¹.

Z ustaleń kontroli wynika, że informacje o udzielonych świadczeniach NiŚOZ przekazywane przez świadczeniodawców⁶², nie miały wpływu na wypłatę ryczałtu miesięcznego – następowała ona na podstawie wystawionych przez świadczeniodawców rachunków, po ich weryfikacji pod kątem zgodności finansowej z zawartą umową. W informacjach tych świadczeniodawcy nie wykazywali (nie mieli takiego obowiązku) wykonanych badań diagnostycznych rtg i laboratoryjnych. Tym samym oddziały nie miały możliwości stałego monitorowania realizacji warunków deklarowanych w ofercie (dodatkowo punktowanych i często decydujących o jej wyborze).

3.2.2.3. Nadzór i kontrola realizacji kontraktów na udzielanie świadczeń NiŚOZ

Oddziały wojewódzkie NFZ (np. Pomorski, Mazowiecki) nie planowały i również nie prowadziły, w okresie objętym kontrolą, kontroli świadczeniodawców udzielających świadczeń NiŚOZ (o których mowa w ustawie o świadczeniach)⁶³, a niektóre z nich (np. Pomorski) także kontroli doraźnych (na podstawie uprawnień, wynikających z zarządzenia Prezesa NFZ Nr 23/2009)⁶⁴.

W ocenie NIK, biorąc pod uwagę, że wprowadzono z dniem 1 marca 2011 r. nowe zasady organizacji i realizacji świadczeń NiŚOZ, należało sprawdzić jak te zasady przyjęły się w praktyce. Uzasadnianie natomiast faktu nieprzeprowadzenia takich kontroli, głównie brakiem skarg od pacjentów na udzielanie tych świadczeń (na co powoływali się dyrektorzy oddziałów NFZ w wyjaśnieniach składanych w tej sprawie) nie stanowi wg NIK wystarczającego usprawiedliwienia.

W przypadkach kiedy takie kontrole były przeprowadzone, stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły najczęściej:

- braku wymaganej liczby zespołów dyżurujących zapewniających gotowość do udzielania świadczeń NiŚOZ,
- braku dostępu do diagnostyki laboratoryjnej i/lub rtg (mimo zapewnienia w ofercie konkursowej),
- nieinformowania oddziałów o zmianach kadrowych w „Harmonogramie – zasoby”,
- rozbieżności (pomiędzy raportem statystycznym a dokumentacją medyczną) w wykazywanych numerach prawa wykonywania zawodu lekarzy, którzy udzielili świadczeń,
- rozbieżności pomiędzy liczbą godzin pracy personelu, wykazywaną przez świadczeniodawców w sprawozdaniach i w „Harmonogramie – zasoby”,

⁶¹ §§ 19, 23 ust. 1 i 24 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484), zwanego dalej „Ogólne warunki umów”.

⁶² Na podstawie § 9 ust. 1 i 2 zarządzenia Prezesa NFZ.

⁶³ Por. art. 64 ustawy o świadczeniach.

⁶⁴ Zgodnie z § 8 ust. 3 zarządzenia Nr 23/2009/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 13 maja 2009 r. w sprawie planowania, przygotowywania i prowadzenia postępowania kontrolnego oraz realizacji wyników kontroli – decyzję o przeprowadzeniu kontroli doraźnej podejmuje dyrektor Oddziału Wojewódzkiego NFZ z własnej inicjatywy lub na zlecenie Prezesa NFZ.

- krótszego udzielania świadczeń NiŚOZ (tj. w godzinach 18⁰⁰ – 7⁰⁰, 19⁰⁰ – 7⁰⁰, zamiast 18⁰⁰ – 8⁰⁰)⁶⁵,
- niedokumentowanie porad udzielonych telefonicznie⁶⁶.

- **Mazowiecki OW NFZ** – w planach kontroli na lata 2011–2012 nie uwzględniono kontroli realizacji umów o udzielanie świadczeń NiŚOZ. Natomiast w planie na 2013 r. (IV kwartał) przewidziano do przeprowadzenia jedną kontrolę i to na wniosek Centrali NFZ.

Natomiast w ramach kontroli doraźnych Oddział przeprowadził siedem kontroli. Uzasadnieniem do ich przeprowadzenia były: skargi i niepokojące sygnały wpływające od pacjentów (4 zlecenia); doniesienia medialne (1 zlecenie); nieprawidłowości wykryte na podstawie analizy raportów statystycznych przekazywanych przez świadczeniodawców (1 zlecenie) oraz pismo z Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie (1 zlecenie).

W wyniku stwierdzonych nieprawidłowości na 5 świadczeniodawców nałożono kary umowne w wysokości od 104 zł do 10,3 tys. zł (łącznie 18,6 tys. zł); nie spowodowały one jednak rozwiązania umów i nie miały wpływu na wysokość wyłaconego ryczału miesięcznego.

Niektóre oddziały (np. Mazowiecki, Warmińsko-Mazurski) przeprowadzały wizytacje doraźne⁶⁷ sprawdzające realizację umów o udzielanie świadczeń NiŚOZ.

Nieprawidłowości stwierdzone w toku tych wizytacji pokrywały się z ustaleniami kontroli doraźnych (i/lub planowych – jeśli takie kontrole przeprowadzili).

Wszystkie oddziały przeprowadziły natomiast w 2013 r., na zlecenie Prezesa NFZ⁶⁸, udokumentowane w formie protokołów wizytacje świadczeniodawców⁶⁹, z którymi zawarły umowy o udzielanie świadczeń NiŚOZ. Przedmiot wizytacji uwzględniał zakres i tematykę określoną przez Prezesa NFZ.

Stwierdzone w wyniku tych wizytacji nieprawidłowości polegały głównie na:

- niezapewnieniu przez świadczeniodawcę diagnostyki rtg (mimo zgłoszenia takiego świadczenia w ofercie),
- prowadzeniu dokumentacji medycznej niezgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w tym zakresie⁷⁰,
- niezgodności personelu udzielającego świadczeń ze zgłoszonym w załączniku Nr 2 do umowy „Harmonogram – zasoby”,
- braku informacji o udzielaniu świadczeń NiŚOZ.

W okresie objętym kontrolą, do oddziałów wojewódzkich NFZ wpływała niewielka liczba skarg od pacjentów na funkcjonowanie NiŚOZ (od 2 do 10, a w Mazowieckim OW NFZ – 40).

Skargi dotyczyły głównie m.in.: odmowy udzielenia świadczenia lekarskiego, odmowy przyjazdu do pacjenta na wezwanie, niewłaściwej (zdaniem skarżącego) diagnozy lekarskiej, wypisania recepty nierefundowanej, niewypisania zwolnienia lekarskiego.

W każdym przypadku prowadzone było postępowanie wyjaśniające i w zależności od rozstrzygnięcia podejmowane było dalsze działanie

⁶⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

⁶⁶ Jw.

⁶⁷ Na podstawie art. 107 ust. 5 pkt 12 b ustawy o świadczeniach.

⁶⁸ Pismo z 5 marca 2013 r. do dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ.

⁶⁹ Na podstawie art. 107 ust. 5 pkt 12 b i 13 ustawy o świadczeniach.

⁷⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2010 r. Nr 252, poz. 1697 ze zm.).

Oddziały nie korzystały dotychczas z uprawnień wynikających z art. 192 a ustawy o świadczeniach zdrowotnych i nie prowadziły badań ankietowych pacjentów korzystających ze świadczeń NiŚOZ ponieważ według opinii ich dyrektorów nie było przesłanek uzasadniających podjęcie takich działań. W ocenie oddziałów, biorąc pod uwagę wiarygodność wyników badania, racjonalne jest przeprowadzenie ankietowania dopiero w okresie ustabilizowania procesu wprowadzonych z dniem 1 marca 2011 r. zmian organizacyjnych funkcjonowania NiŚOZ i dlatego w celu dokonania oceny satysfakcji świadczeniobiorców ze zmian, rozważana jest taka możliwość w terminie późniejszym.

3.2.3. Wyniki badań ankietowych przeprowadzonych wśród pacjentów NiŚOZ

Najwyższa Izba Kontroli, w trakcie kontroli świadczeniodawców, przeprowadziła badania ankietowe wśród pacjentów, którzy w dniu ankietowania skorzystali ze świadczeń NiŚOZ oraz wśród pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia poz (znajdujących się na liście aktywnej osób objętych podstawową opieką zdrowotną przez kontrolowaną placówkę). Wśród nich byli zarówno pacjenci, którym już udzielono (po 1 marca 2011 r.) świadczeń w ramach NiŚOZ, jak i osoby, które jeszcze nie korzystały z tego rodzaju usług.

Wyniki ankiet pierwszej grupy pacjentów (401) wykazały, że 87,6% ankietowanych, którzy odpowiedzieli na pytanie, dobrze ocenia dostępność miejsc udzielania świadczeń NiŚOZ pod względem możliwości komunikacji z miejscem, w którym obecnie mieszkają; większość z nich (62,3%) dotarła do tego miejsca udzielania świadczeń transportem prywatnym, 10,5% – środkami transportu publicznego, a 24,2% – pieszo (może to sugerować, że miejsce to jest blisko ich miejsca zamieszkania).

Schorzenia z powodu, których pacjenci zgłosili się po świadczenie w ramach NiŚOZ, dla 72,1% z nich było zdarzeniem nagłym. Natomiast u pozostałych pacjentów (27,7%) trwało już od pewnego czasu (w tym u 62,4% spośród nich – do 3 dni, u 22,9% – do tygodnia, a u 14,7% – powyżej tygodnia). Świadczy to, że prawie co czwarty pacjent NiŚOZ winien wcześniej zgłosić się po poradę lekarską w ramach dziennej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, a nie zwlekać z wizytą u lekarza.

Prawie wszyscy pacjenci (96,3%) otrzymali oczekiwaną pomoc. Natomiast pozostali (3,7%) nie byli zadowoleni ze świadczenia ponieważ nie otrzymali recepty jakiej chcieli (26,7% pacjentów), ich stan zdrowia nie uległ poprawie (33,3%), z innych powodów (40,0%).

Ze świadczeń po 1 marca 2011 r. (tj. wg nowych zasad organizacji NiŚOZ) korzystało po raz pierwszy 56% ankietowanych, a dla pozostałych było to kolejne świadczenie, z tym, że ponad połowa z nich (55,2%) nie zauważyła zmian w odniesieniu do sposobu udzielenia świadczenia i czasu oczekiwania na jego uzyskanie. Natomiast według pacjentów, którzy zauważyli tę zmianę, lekarz okazał większe zrozumienie i zainteresowanie ich stanem zdrowia (49,4%), krócej oczekiwali na otrzymanie świadczenia (42,9%).

Wyniki ankiet drugiej grupy pacjentów wskazują, że osoby, które w przeszłości (ale po 1 marca 2011 r.) skorzystały ze świadczeń NiŚOZ (673 osoby spośród 1.062, tj. 63,4%) wykazały, że prawie wszyscy (98,5%) wiedzieli gdzie w najbliższej okolicy udzielane są świadczenia NiŚOZ (48,3% tych osób dowiedziało się o miejscu udzielania świadczeń z ogłoszeń, 33,0% - od innych osób, 12,5% przez internet, a 6,2% - w inny sposób), a 79,8% spośród nich – wiedziało nawet jak nazywa się świadczeniodawca. Prawie połowa (44,6%) musiała pokonać w tym celu odległość ponad 2 km, a dla 18,4% z nich – odległość ta wynosiła do 0,5 km.

Ponad połowa z nich (58,0%) skorzystała z transportu prywatnego, a 9,4% - z komunikacji miejskiej. Natomiast 29,3% ankietowanych docierało pieszo do miejsca udzielania świadczeń.

Mimo iż znaczna część ankietowanych pacjentów dotarła pieszo do miejsca udzielania świadczeń, większość (73,6%) stwierdziła, że miejsce udzielania świadczeń jest dobrze skomunikowane z otoczeniem pod względem połączeń komunikacyjnych w święta i w godzinach nocnych, jak również z miejscem ich zamieszkania.

W przypadku pacjentów zgłaszających się w miejscu udzielania świadczeń, prawie żadnemu z nich (94,6%) nie odmówiono świadczeń NiŚOZ. Prawie co czwarty pacjent zgłaszał wizytę domową jako świadczenie NiŚOZ (24,8% ankietowanych), ale w 19,9% tych przypadków świadczeniodawca odmówił przyjęcia zgłoszenia; przyczyną było nieuzasadnione – wg osoby przyjmującej zgłoszenie – wezwanie (34,5%) dużo pacjentów oczekujących w poczekalni na uzyskanie porady lekarskiej (27,6%), brak transportu dla lekarza (13,8%) lub inne powody (24,1%).

Tylko nieliczni (2,9%) spośród tej grupy ankietowanych złożyli skargę do kierownika Przychodni lub oddziału wojewódzkiego NFZ na nieudzielenie świadczenia NiŚOZ lub odmowę przyjęcia zgłoszenia wezwania do domu pacjent. Tylko 60% tych skarg zostało rozpatrzonych i przekazano osobie skarżącej informacje o podjętych działaniach.

Schorzenie z powodu, którego pacjenci zgłaszali się do NiŚOZ, w 17,4% przypadków nie były zdarzeniem nagłym ale trwało już od pewnego czasu, tj. do 3 dni – w 57,1% przypadków, do tygodnia – w 25,7%, a powyżej tygodnia – w 17,1%. Tylko 7,5% ankietowanych w tej grupie stwierdziło, że nie uzyskało oczekiwanej pomocy, głównie dlatego, że ich stan zdrowia nie uległ poprawie (36,0%), a także dlatego, że nie otrzymali recepty, której oczekiwali (18,0%) lub z innego powodu (44,0%).

Wyniki badań ankietowych pacjentów, którzy jeszcze nie korzystali ze świadczeń NiŚOZ po 1 marca 2011 r. (389 osób spośród 1.062, tj. 36,6%) wykazały, że tylko 13,7% spośród nich nie wie gdzie może skorzystać z NiŚOZ. Pozostali (86,3%) dowiedzieli się o tym z ogłoszeń (45,5%), od innych osób (32,0%), przez internet (14,5%) lub w inny sposób (7,6%); nazwę świadczeniodawcy znało 81,8% ankietowanych.

Prawie połowa spośród ankietowanych w tej grupie (45,8%) będzie musiała pokonać odległość ponad 2 km aby uzyskać świadczenie NiŚOZ, a 16,7% pacjentów – odległość do 0,5 km, pozostali natomiast, tj. 37,6% pacjentów – będzie miało do pokonania odległość od 0,5 km do 2 km.

Większość ankietowanych (62,0%) będzie korzystała z transportu prywatnego aby uzyskać świadczenie NiŚOZ, 7,1% - z komunikacji miejskiej, a 24,1% pacjentów dotrze pieszo do miejsca udzielania tych świadczeń.

Tylko 68,7% ankietowanych uważa, że miejsce udzielania świadczeń jest dobrze skomunikowane z otoczeniem (pod względem połączenia komunikacyjnego w święta i w godzinach nocnych) i z miejscem ich zamieszkania.

3.2.4. Analiza informacji otrzymanych ze szpitali w związku z funkcjonowaniem NiŚOZ

NIK wystąpiła do 345 szpitali⁷¹ (wśród których 222 było świadczeniodawcami NiŚOZ⁷² a 215 miało w swojej strukturze szpitalny oddział ratunkowy (SOR)⁷³) – z prośbą o podanie wybranych informacji w związku z prowadzoną kontrolą dostępności świadczeń NiŚOZ.

⁷¹ Na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK (Dz. U. z 2012 r. poz 82 ze zm.).

⁷² Zwane dalej również „I grupą szpitali”.

⁷³ Zwane dalej również „II grupą szpitali”.

Odpowiedzi udzieliło 321 szpitali (93%), w tym 207 – które są świadczeniodawcami NiŚOZ oraz 195 – które posiadają SOR.

Nadmienić należy, że w 92 szpitalach spośród 345 ankietowanych przez NIK funkcjonowała równocześnie NiŚOZ i SOR. W grupie tej odpowiedzi udzieliły 82 szpitale, przekazując informacje, o które zwracała się NIK zarówno w odniesieniu do NiŚOZ jak i SOR.

Dla celów kontrolnych analizowano zgłaszalność pacjentów do NiŚOZ i do SOR tylko w dni świąteczne, ponieważ są one porównywalne, co do czasu trwania dyżurów (24 godziny).

Jeżeli w szpitalu nie było SOR, to po świadczenie NiŚOZ w dni świąteczne zgłaszało się dziennie średnio 54 pacjentów, w tym 2 dzieci w wieku do 1 r.ż. i 5,3 dzieci w wieku od 1 do 3 lat. (średnio 2,25 osób w ciągu godziny) i na dalsze leczenie do Izby Przyjęć lub SOR w innym szpitalu kierowano średnio 4 pacjentów.

Natomiast gdy w szpitalu funkcjonował również SOR, to do NiŚOZ zgłaszało się dziennie średnio 80 pacjentów (o 48% więcej), w tym 3,4 dzieci do 1 r.ż. i 8,5 dzieci w wieku od 1 do 3 lat, tj. średnio 3,3 osoby na godzinę i do SOR kierowano średnio 5 osób.

W przypadku, gdy w szpitalu funkcjonował tylko SOR (nie było NiŚOZ), to po pomoc doraźną zgłaszało się, w dni świąteczne, dziennie średnio 74 pacjentów (średnio 3,1 osób na godzinę), a wypisywano z tego oddziału 46 osób, co stanowiło 62,1% pacjentów, którzy zgłosili się tego dnia do SOR.

Natomiast gdy w szpitalu równocześnie funkcjonował NiŚOZ, to do SOR zgłasza się średnio dziennie 43 pacjentów (1,8 osób na godzinę), tj. o 42% mniej, a z SOR wypisywano średnio dziennie 26 osób (o 43,5% mniej), co stanowiło 59,6% wszystkich pacjentów, którzy zgłosili się tego dnia do SOR.

Schorzenia z jakimi najczęściej zgłaszali się pacjenci do NiŚOZ dotyczyły schorzeń układu oddechowego i występowały średnio u 46% wszystkich zgłaszających się osób (maksymalnie 73%), chorób układu krążenia – średnio 6% (maksymalnie 13%), chorób układu trawiennego – średnio 5% (maksymalnie 12%), chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej – średnio 3% (maksymalnie 11%) i chorób układu nerwowego – średnio 3% (maksymalnie 20%). Natomiast urazy i zatrucia stanowiły średnio 4% (maksymalnie 26%), a „pozostałe” schorzenia – 33% (maksymalnie 70%).

Schorzenia z jakimi najczęściej zgłaszali się pacjenci do SOR, nie będący w stanie zagrożenia zdrowotnego i wypisani tego samego dnia z SOR, dotyczyły urazów i zatruc – średnio 37% (maksymalnie 82%), chorób układu krążenia – średnio 8% (maksymalnie 32%), chorób układu oddechowego – średnio 6% (maksymalnie 43%). Natomiast choroby układu trawiennego, nerwowego oraz układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej – stanowiły średnio po 3% w przypadku każdej z tych kategorii (odpowiednio maksymalnie 26%, 21% i 16%), a „pozostałe” schorzenia średnio 40%.

4.1 Przygotowanie kontroli

Dostępność świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, nie była wcześniej badana przez NIK. Program kontroli opracowany został w oparciu o wyniki kontroli *funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego*⁷⁴, oraz wyniki kontroli doraźnych w zakresie organizacji i funkcjonowania nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej przeprowadzonych przez Departament Zdrowia w miesiącach marzec-kwiecień 2013 r. w:

- Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Warszawa Wola-Śródmieście w Warszawie,
- Falck Medycyna Sp. z o.o. w Piasecznie.

Przeprowadzenie kontroli zaplanowano w oddziałach wojewódzkich NFZ (siedmiu) oraz u wybranych świadczeniodawców udzielających świadczeń NiŚOZ.

Ponadto przewidziano zasięgnięcie informacji – w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK – w zakresie objętym kontrolą w Centrali NFZ i szpitalach, w których funkcjonują szpitalne oddziały ratunkowe.

4.2 Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli

Kontrolę przeprowadzono w okresie od 6 maja do 30 września 2013 r.

Wystąpienia pokontrolne zostały przekazane wszystkim 32 kierownikom kontrolowanych jednostek. W 6 przypadkach zostały złożone zastrzeżenia do wystąpień pokontrolnych. Łącznie złożono 21 zastrzeżeń. Komisja Rozstrzygająca w NIK 11 oddaliła w całości, 1 uwzględniła częściowo, a 9 w całości.

W wystąpieniach skierowanych do dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ, NIK wносиła głównie o zapewnienie zachowania należytej staranności w trakcie prowadzonych postępowań konkursowych mających na celu wyłonienie świadczeniodawców udzielających świadczeń NiŚOZ oraz zwiększenie nadzoru nad organizacją i realizacją świadczeń NiŚOZ przez świadczeniodawców.

NIK informowała również OW NFZ o nieprawidłowościach w zapewnieniu pacjentom dostępu do świadczeń NiŚOZ, stwierdzonych w jednostkach kontrolowanych. W związku z tym OW NFZ podejmowały odpowiednie działania, mające na celu wyeliminowanie tych nieprawidłowości, np.:

- Warmińsko-Mazurski OW NFZ przeprowadził kontrolę świadczeniodawcy „VITA-MED” Masłowska-Tarasiuk s.c. w Szczytnie i nałożył karę umowną w wysokości 1.930,3 zł ponieważ nie realizował on świadczeń NiŚOZ zgodnie z postanowieniami umowy zawartej w tym zakresie i zarządzeniem Nr 85/2010 Prezesa NFZ (w miejscu udzielania świadczeń dyżurował tylko jeden zespół lekarsko-pielęgniarski, a drugi – pełnił dyżur „pod telefonem”)⁷⁵.
- Małopolski OW NFZ – wezwał pisemnie świadczeniodawców (3 u których NIK przeprowadziła kontrolę i stwierdziła nieprawidłowości w organizacji udzielania świadczeń NiŚOZ) do usunięcia nieprawidłowości w realizacji umowy pod rygorem jej rozwiązania. Świadczeniodawcy poinformowali OW NFZ o wykonaniu poleceń⁷⁶.

⁷⁴ „Informacja o wyniku kontroli funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego” (wrzesień 2012 r., Nr ewid. 149/2012/P11094/KZD).

⁷⁵ Pismo Warmińsko-Mazurskiego OW NFZ znak: WSOZ-DKR-073-081-13/KS/03 z dnia 23.01.2014 r.

⁷⁶ Pismo Małopolskiego OW NFZ znak: MOW NFZ WSOZ I/III-075-1-14/KMd z dnia 14.01.2014 r.

– Lubuski OW NFZ przeprowadził kontrolę świadczeniodawcy i w efekcie stwierdzonych nieprawidłowości w organizacji udzielania świadczeń NiŚOZ nałożył karę umowną w wysokości ponad 11 tys. zł⁷⁷.

W wystąpieniach skierowanych do kierowników świadczeniodawców, NIK wносиła m.in. o:

- zapewnienie w miejscu udzielania świadczeń NiŚOZ gotowości do ich udzielania w wymaganej liczbie zespołów lekarsko-pielęgniarskich,
- terminowe zgłaszanie do NFZ zmian personelu udzielającego świadczeń NiŚOZ,
- wyeliminowanie przypadków nakładania się czasu dyżurów lekarzy w różnych jednostkach organizacyjnych świadczeniodawcy,
- zwiększenie nadzoru nad realizacją lekarskich świadczeń NiŚOZ „na wezwanie”,
- zapewnienie wykonywania świadczeń NiŚOZ wyłącznie z udziałem podwykonawców zgłoszonych w umowach zawartych w tym zakresie z Oddziałem Wojewódzkim NFZ,
- terminowe przekazywanie do oddziału wojewódzkiego NFZ informacji o udzielonych świadczeniach NiŚOZ,

Z odpowiedzi udzielonych przez kontrolowane jednostki⁷⁸ wynika, że z ogólnej liczby 53 wniosków pokontrolnych, 36 zostało już zrealizowanych, 11 pozostawało w fazie realizacji, a 6 wniosków nie zrealizowano.

4.3 Finansowe rezultaty kontroli

Na finansowe rezultaty kontroli złożyły się:

1. Finansowe lub sprawozdawcze skutki nieprawidłowości, na kwotę ogółem 9.588,2 tys. zł⁷⁹.

Kwota ta obejmowała:

- kwoty wydatkowane w następstwie działań stanowiących naruszenie prawa – 7.325,7 tys. zł,
- kwoty nienależnie uzyskane – 2.262,5 tys. zł.

⁷⁷ Por. str. 18.

⁷⁸ Na dzień 13 grudnia 2013 r.

⁷⁹ Pkt 3.2.1.4. (str. 22 i 23) i pkt 3.2.2.1. (str. 25).

Wykaz jednostek objętych kontrolą

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK uczestnicząca w kontroli	Nazwa jednostki kontrolowanej	Pełniona funkcja	Kierownicy jednostek kontrolowanych
1.	Departament Zdrowia	Mazowiecki OW NFZ Zespół Opieki Zdrowotnej Szpitala Powiatowego w Sochaczewie Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Warszawa-Ursynów Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowym Mieście n/Pilicą Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Praga Północ	Dyrektor Dyrektor Dyrektor Dyrektor Dyrektor	Adam Twarowski Piotr Szenk Grażyna Napjerska Tomasz Skura Alina Chrabal-Sura
2.	Delegatura w Bydgoszczy	Kujawsko-Pomorski OW NFZ Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Władysława Biegańskiego w Grudziądzu „Epoka” Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Piotr Chodkiewicz „Lecznicze Citomed” Spółka z o.o. w Toruniu	Dyrektor Dyrektor Dyrektor Prezes Zarządu	Tomasz Pieczka Marek Nowak Piotr Chodkiewicz Roman Tysek
3.	Delegatura w Gdańsku	Pomorski OW NFZ Szpital Specjalistyczny im. J.K.Łukowicza w Chojnicach	Dyrektor Dyrektor	Barbara Kawińska Leszek Bonna
4.	Delegatura w Krakowie	Szpital Specjalistyczny im. H.Klimontowicza w Gorlicach Przychodnia Zdrowia Skawina Sp. z o.o. w Skawinie Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Miejska Stacja Pogotowia Ratunkowego z Przychodnią w Sopocie Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Medyczne „Kaszuby” Sp. z o.o. w Kartuzach	Dyrektor Dyrektor Dyrektor Prezes Spółki	Marian Świerż Bogusław Witkowski Grzegorz Pasternak Maciej Kloczkowski
5.	Delegatura w Łodzi	Szpital Specjalistyczny im. H.Klimontowicza w Gorlicach Przychodnia Zdrowia Skawina Sp. z o.o. w Skawinie Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kalwarii Zebrzydowskiej Łódzki OW NFZ Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Wieluniu Centra Medyczne Medyceusz Sp. z o.o. w Konstantynowie Łódzkim Centrum Dializ Sp. z o.o. z siedzibą w Sosnowcu Szpital w Łasku	Dyrektor Dyrektor p.o. Kierownika Dyrektor Dyrektor Prezes Zarządu Prezes Zarządu	Marian Świerż Bogusław Witkowski Grzegorz Pasternak Jolanta Kręcka Bożena Łaz Anna Kusak Jacek Nowakowski

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK uczestnicząca w kontroli	Nazwa jednostki kontrolowanej	Pełniona funkcja	Kierownicy jednostek kontrolowanych
6.	Delegatura w Olsztynie	Warmińsko-Mazurski OW NFZ Zakład Opieki Zdrowotnej w Nidzicy Szpital Powiatowy im. Michała Kajki w Mrągowie „VITA-MED.” Masłowska-Tarasiuk, Topolski s.c. w Szczytnie	Dyrektor Dyrektor p.o. Dyrektor Dyrektor Wspólnicy Spółki	Andrzej Zakrzewski Anna Osłowska Brygida Schluater-Górska Halina Sarul Ewa Masłowska-Tarasiuk Jerzy Topolski
7.	Delegatura w Rzeszowie	Podkarpacki OW NFZ Zespół Opieki Zdrowotnej w Dębicy Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Nowej Dębce Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu	Dyrektor Dyrektor Dyrektor p.o. Dyrektor Dyrektor	Przemysław Wojtys Grażyna Hejda Bogdan Tomczyk Roman Zawadzki Janina Bańczak-Balicka Krzysztof Bałata
8.	Delegatura w Zielonej Górze	Lubuski OW NFZ Nowy Szpital Powiatu Krośnieńskiego Spółka z o.o. w Krośnie Odrzańskim Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Międzyzyczcu Powiatowe Centrum Zdrowia Spółka z o.o. w Drezdenku	Dyrektor Prezes Zarządu Dyrektor Prezes	Stanisław Łobacz Wiesława Cieplicka Kamil Jakubowski Ryszard Hatała

Wykaz aktów prawnych, dotyczących kontrolowanej tematyki

1. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 j.t. z późn. zm.) uchylona z dniem 1 lipca 2011 r. i zastąpiona przez ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013, poz. 217 ze zm.), która weszła w życie z dniem 1 lipca 2011 r.
2. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.).
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484).
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 252, poz. 1697 ze zm.).
5. Rozporządzenie 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 (Dz. U. Nr 123, poz. 801 ze zm.).
6. 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 konkursowej oraz jej zadań (Dz. U. Nr 273, poz. 2719).
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 139, poz. 1139 ze zm.).
8. Zarządzenie Nr 85/2010/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 23 grudnia 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (ze zm. ujętymi w zarządzeniach: Nr 10/2011/DSOZ z dnia 28 lutego 2011 r., Nr 40/2012/DSOZ z dnia 6 lipca 2012 r. i Nr 47/2012/DSOZ z dnia 2 sierpnia 2012 r.) i Nr 82/2012 z dnia 21 listopada 2012 r.
9. Zarządzenie Nr 86/2010/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 23 grudnia 2010 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Charakterystyka stanu prawnego w okresie objętym kontrolą

Postępowanie w sprawie zawarcia umowy prowadzone jest na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej⁸⁰ i jej przepisach wykonawczych⁸¹ oraz zarządzeń Prezesa NFZ⁸², w których określił: przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie ś.o.z. oraz warunki wymagane od świadczeniodawców⁸³.

Przedmiotem postępowania jest wyłonienie jednego świadczeniodawcy, który będzie realizował świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w jednym miejscu ich udzielania na obszarze zabezpieczenia określonym przez dyrektora Oddziału Wojewódzkiego NFZ⁸⁴.

Przedmiotem umowy jest realizacja świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom przez świadczeniodawcę⁸⁵, poza godzinami pracy określonymi w umowach o udzielanie świadczeń p.o.z., w przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia świadczeniobiorcy⁸⁶, które nie jest stanem nagłym, finansowanych przez Fundusz⁸⁷.

Świadczenia te mogą być udzielane w warunkach ambulatoryjnych w bezpośrednim kontakcie ze świadczeniobiorcą lub telefonicznie oraz w przypadkach uzasadnionych stanem zdrowia świadczeniobiorcy – w miejscu jego zamieszkania⁸⁸.

Umowę w zakresie NiŚOZ zawiera się ze świadczeniodawcą, którego oferta została wybrana po przeprowadzeniu postępowania w trybie konkursu ofert albo rokowań.

Źródłem stanowiącym podstawę do określenia wielkości populacji na danym obszarze zabezpieczenia są aktualne, w chwili ogłoszenia postępowania, dane na temat ludności według Głównego Urzędu Statystycznego (tj. Rocznik Demograficzny). W przypadku obszarów mniejszych terytorialnie niż gmina (np. dzielnica miasta) dopuszcza się dane pozyskane z właściwych jednostek statystycznych dla danego obszaru (urząd miasta).

Miejsce udzielania świadczeń musi być zlokalizowane na terenie obszaru zabezpieczenia, którego dotyczy postępowanie.

⁸⁰ Art. 132-161b ustawy o świadczeniach zdrowotnych (dział VI „postępowanie w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami”).

⁸¹ – 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 konkursowej oraz jej zadań (Dz. U. z 2004 r. Nr 273, poz. 2719), zwane dalej „rozporządzeniem o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie ś.o.z.”.

– Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2008 r. Nr 81, poz. 484), zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie o.w.u.”.

– Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2009 r. Nr 139, poz. 1139), zwane dalej również „rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych”.

⁸² Art. 146 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

⁸³ Zarządzenie Nr 85/2010/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 23 grudnia 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (ze zm. ujętymi w zarządzeniach: Nr 10/2011/DSOZ z dnia 28 lutego 2011 r., Nr 40/2012/DSOZ z dnia 6 lipca 2012 r., Nr 47/2012/DSOZ z dnia 2 sierpnia 2012 r. Nr 82/2012 z dnia 21 listopada 2012 r.), zwane dalej „zarządzeniem Nr 85 Prezesa NFZ”.

⁸⁴ § 3 zarządzenia Nr 85 Prezesa NFZ.

⁸⁵ O których mowa w zał. Nr 5 część I pkt 1 ppkt 1-3 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych.

⁸⁶ Tzn. gdy nie ma objawów sugerujących bezpośrednie zagrożenie życia lub istotny uszczerbek zdrowia, a zastosowane środki domowe lub leki dostępne bez recepty nie przyniosły spodziewanej poprawy.

⁸⁷ § 4 zarządzenia Nr 85 Prezesa NFZ.

⁸⁸ Część I pkt 1 załącznika nr 5 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu p.o.z.

Świadczenia mogą być wykonywane przez świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców, a umowa zawarta między nimi w tym zakresie musi zawierać zastrzeżenia o prawie dyrektora oddziału Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy, na zasadach określonych w tej umowie.

Każda zmiana warunków udzielania świadczeń przez świadczeniodawcę lub podwykonawcę, mająca wpływ na dostępność do świadczeń, musi być zgłoszona przez świadczeniodawcę w terminie umożliwiającym zmianę umowy, jednak nie krótszym niż 14 dni⁸⁹.

Świadczeniodawca ustala – dla miejsca udzielania świadczeń NiŚOZ – harmonogram pracy personelu i tylko te osoby mogą osobiście udzielać świadczeń NiŚOZ. Osoby te zapewniają gotowość do udzielania świadczeń NiŚOZ i nie mogą realizować w tym samym czasie zleceń od innych podmiotów, udzielać świadczeń u innych świadczeniodawców oraz w innych rodzajach świadczeń, a w szczególności leczenia szpitalnego, ratownictwa medycznego, pomocy doraźnej i transportu sanitarnego⁹⁰.

Świadczeniodawca udzielający świadczeń NiŚOZ jest zobowiązany do zapewnienia gotowości do udzielania tych świadczeń w wyznaczonym miejscu ich udzielania zgodnie z obsadą kadrową, w wymiarze co najmniej jednego lekarza i jednej pielęgniarki („zespół dyżurujący”) na każde rozpoczęte 50.000 osób zamieszkałych na obszarze zabezpieczenia⁹¹.

W razie ewentualnego wyjazdu jednej z osób zespołu dyżurującego do domu chorego, druga – ma obowiązek pozostania w gotowości do udzielania świadczeń w miejscu ich udzielania⁹².

Warunki realizacji świadczeń NiŚOZ (tj. wymagania kwalifikacyjne personelu oraz wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną) określone zostały w rozporządzeniu Ministra Zdrowia oraz zarządzeniu Prezesa NFZ⁹³. Zgodnie z rozporządzeniem lekarze i pielęgniarki muszą posiadać prawo wykonywania zawodu, „miejsce udzielania świadczeń” musi się składać z gabinetu lekarskiego, zabiegowego, pomieszczenia do przechowywania dokumentacji medycznej, pomieszczenia sanitarnego i poczekalni dla świadczeniobiorców i musi być wyposażone m.in. w aparat do EKG, do mierzenia ciśnienia tętniczego krwi, podstawowy zestaw reanimacyjny, torby lekarską i pielęgniarską z wyposażeniem niezbędnym do udzielania świadczeń w warunkach domowych, stetoskop, kozetkę lekarską, zestaw do wykonywania iniekcji, środki ochrony osobistej (fartuchy, maseczki, rękawice). W załączniku nr 3 do zarządzenia nr 85/2010/DSOZ wskazano inne wymagania, dodatkowo oceniane, tj.: posiadanie certyfikatu ISO w zakresie usług medycznych, ważnego w dniu złożenia oferty; zapewnienie dostępności świadczeń w tym samym czasie przez dodatkowego lekarza na każde rozpoczęte 50.000 osób zamieszkałych na obszarze zabezpieczenia; zapewnienie dostępności świadczeń w tym samym czasie przez dodatkową pielęgniarkę na każde rozpoczęte 50.000 osób zamieszkałych na obszarze zabezpieczenia; nie mniej niż połowa lekarzy realizujących świadczenia posiadających specjalizację lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie medycyna rodzinna, pediatria lub choroby wewnętrzne; środek transportu: samochód osobowy (gwarantowana gotowość użytkowania); środek transportu sanitarnego – spełniający cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach; spełnienie warunków sanitarnych i lokalowych określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia⁹⁴; zapewnienie diagnostyki RTG i laboratoryjnej w lokalizacji.

⁸⁹ § 6 zarządzenia Nr 85 Prezesa NFZ.

⁹⁰ § 7 zarządzenia Nr 85 Prezesa NFZ.

⁹¹ Liczba zespołów dyżurujących wynika z wielkości populacji zamieszkałej w poszczególnych obszarach zabezpieczenia.

⁹² § 8 zarządzenia Nr 85 Prezesa NFZ.

⁹³ Część II załącznika nr 5 rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych oraz załącznik nr 3 do zarządzenia Nr 85/2010 Prezesa NFZ.

⁹⁴ Wydany na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (j.t. Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.) oraz – od 1 lipca 2012 r. – na podstawie art. 22 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r., poz. 217 ze zm.).

Świadczeniodawca zobowiązany jest do przekazywania oddziałowi Funduszu informacji o zrealizowanych świadczeniach, za dany okres sprawozdawczy podlegający rozliczeniu w ramach umowy, w terminie do 10 dnia po upływie każdego okresu sprawozdawczego. Zapłata należności z tytułu realizacji umowy następuje na podstawie rachunków wystawionych przez świadczeniodawcę, zgodnie z zasadami i w terminach określonych w umowie⁹⁵.

Finansowanie NiŚOZ odbywa się w formie ryczałtu miesięcznego; jest to uśredniona kwota przeznaczona na sfinansowanie świadczeń udzielanych w okresie sprawozdawczym (miesiąc) w ramach gotowości do ich wykonywania. Jego wysokość wynika z puli środków finansowych na zakres świadczeń NiŚOZ ujętej w planie finansowym oddziału Funduszu na dany rok podzielonej na liczbę zespołów lekarsko-pielęgniarskich, niezbędnych do zabezpieczenia świadczeń.

Zarządzeniem nr 86/2010/DSOZ z dnia 23 grudnia 2010 r. Prezes NFZ ustalił kryteria oceny ofert w postępowaniu w sprawie umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Kryteria te zostały wyszczególnione w tabeli stanowiącej załącznik do zarządzenia⁹⁶.

⁹⁵ § 9 zarządzenia Nr 85 Prezesa NFZ.

⁹⁶ Zarządzenie Nr 86/2010/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 23 grudnia 2010 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Wykaz organów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Sejmowa Komisja Zdrowia
6. Senacka Komisja Zdrowia
7. Minister Zdrowia
8. Minister Finansów
9. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
10. Rzecznik Praw Obywatelskich
11. Rzecznik Praw Pacjenta