



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Departament Zdrowia

KZD.410.002.02.2019

Elżbieta Rucińska-Kulesz
Dyrektor Pomorskiego OW NFZ
Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ
ul. Marynarki Polskiej 148, 80-865 Gdańsk

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/19/058 Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2018 r.

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: „Oddział” lub „POW NFZ”), ul. Marynarki Polskiej 148, 80-865 Gdańsk.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Elżbieta Rucińska-Kulesz, Dyrektor POW NFZ, od 4 lipca 2016 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	– Dostępność świadczeń opieki zdrowotnej. – Wykonanie planu finansowego Oddziału Wojewódzkiego. – Realizacja kosztów administracyjnych Oddziału Wojewódzkiego.
Okres objęty kontrolą	2018 r. oraz okres opracowywania planu w 2017 r. i działań w 2019 r. związanych ze sporządzaniem sprawozdań za 2018 r.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹ .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia.
Kontrolerzy	Artur Tomaszewski, inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr KZD/17/2019 z 29 marca 2019 r. Maciej Szustowicz, wicedyrektor, upoważnienie do kontroli nr KZD/19/2019 z 10 kwietnia 2019 r.

(akta kontroli str. 1-4)

¹ Dz. U. z 2019 r. poz. 489, dalej: „ustawa o NIK”.

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Uzasadnienie
oceny ogólnej

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia realizację zadań POW NFZ w 2018 r.

Oddział zapewnił, w ramach posiadanych środków finansowych, dostęp do świadczeń zdrowotnych, a stwierdzone nieprawidłowości nie spowodowały jego pogorszenia.

Plan finansowy sporządzono prawidłowo, z uwzględnieniem wytycznych Prezesa NFZ. W ocenie NIK, Oddział podejmował odpowiednie działania w celu pełnego wykorzystania środków na świadczenia zdrowotne. W 2018 r. wykorzystano 98,99% kwoty przeznaczonej w planie finansowym na ten cel.

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia również realizację przez POW NFZ kosztów administracyjnych. Finansowanie zbadanych zadań odbywało się w sposób zgodny z zasadami ponoszenia wydatków publicznych oraz procedurami w zakresie zamówień publicznych. Księgi rachunkowe, w zakresie ewidencji przychodów i kosztów oraz związanych z nimi należności i zobowiązań, prowadzone były rzetelnie.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe³ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Dostępność świadczeń opieki zdrowotnej

1.1 Planowanie świadczeń opieki zdrowotnej

Opis stanu
faktycznego

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia⁴ określił wartość przewidywanych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w 2018 r. w województwie pomorskim w wysokości 4.505.472 tys. zł. Była to kwota wyższa o 314.602 tys. zł (6,98%) od zaplanowanej na 2017 r. W trakcie 2018 r. plan ten został zwiększony do kwoty 4.717.433 tys. zł.

(akta kontroli str.19-32, 59-81, 96-111)

Oddział wskazał pięć priorytetów regionalnych na rok 2018⁵, które wpisywały się w priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa pomorskiego⁶:

- leczenie szpitalne – świadczenia w zakresie zaćmy,
- leczenie szpitalne – świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego w przebiegu chorób zwyrodnieniowych, zapalenia stawów biodrowych oraz kolanowych,
- leczenie szpitalne – zabiegowe leczenie chorób naczyń,
- stomatologia dziecięca – świadczenia ortodoncji dla dzieci i młodzieży,
- program zdrowotny (lekowy) – leczenie wirusowe zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową.

(akta kontroli str. 215-216)

Ostateczna wersja planu zakupu świadczeń na rok 2018 r., sporządzona przez POW NFZ, została przekazana Centrali NFZ 5 marca 2018 r.

Oddział uwzględnił w Planie zakupu na rok 2018 zwiększenie środków na świadczenia priorytetowe (regionalne i ogólnopolskie), za wyjątkiem jednego

² Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

³ Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

⁴ Dalej: „NFZ”.

⁵ Pismo Oddziału do Prezesa NFZ z 5 października 2017 r. znak: 11NFZ/WSOZ-S/IJ/97309/2017

⁶ Zarządzenie Nr 146/2016 Wojewody Pomorskiego z dnia 29 lipca 2016 r. w sprawie ustalenia priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa pomorskiego.

priorytetu regionalnego: leczenie szpitalne – zabiegowe leczenie chorób naczyń. Już po przesłaniu priorytetów regionalnych do Centrali NFZ, przygotowując plan zakupu na 2018 r., odstąpiono od zaplanowania ogłoszenia jednego postępowania konkursowego na świadczenia w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie angiologia – hospitalizacja.

(akta kontroli str. 236-237, 241-243)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Plan zakupu świadczeń na 2018 r. nie został opracowany i przesłany do Centrali NFZ z odpowiednim wyprzedzeniem, umożliwiającym jego obowiązywanie od początku roku, zgodnie z art. 131b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁷.

(akta kontroli str. 236-237)

Jak wyjaśniła z-ca Dyrektora ds. Medycznych Oddziału przyczyną była procedura i terminy opracowania planu zakupu ustalone przez Centralę NFZ. W dniu 6 października 2017 r. Centrala NFZ udostępniła na serwerze FTP dla oddziałów wojewódzkich NFZ – tabele planistyczne do przygotowania planu zakupu. W dniu 20 października 2017 r. Oddział przesłał do Centrali NFZ wstępny plan zakupu świadczeń na rok 2018 – Tabela B3. W dniu 19 lutego 2018 r. Centrala NFZ zobligowała oddziały NFZ do przygotowania ostatecznej wersji planu zakupu świadczeń na rok 2018 do dnia 5 marca 2018 r.

Najwyższa Izba Kontroli przyjmuje wyjaśnienia Oddziału, wskazuje jednak, że doprowadziło to do wszczęcia postępowań konkursowych dla świadczeniodawców na 2018 r. bez obowiązującego planu zakupu⁸.

Jak wyjaśniła z-ca Dyrektora ds. Medycznych Oddziału postępowania wszczęto w oparciu o wstępny plan zakupu i uzupełnienie dokonane do dnia 5 marca 2018 r.

Najwyższa Izba Kontroli, zwraca uwagę, iż plan zakupu świadczeń opieki zdrowotnej jest dokumentem mającym na celu powiązanie procesu kontraktowania świadczeń z rzeczywistymi potrzebami zdrowotnymi osób uprawnionych oraz dostępnością świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa. Powinien on być zatem podstawą do podejmowania wszystkich decyzji związanych z dostępem do świadczeń zdrowotnych na obszarze województwa, w tym do wszczynania postępowań mających na celu ich zakontraktowanie.

(akta kontroli str.238, 240-241)

2. W 2018 roku nie został zrealizowany trzeci priorytet regionalny: „Leczenie szpitalne – zabiegowe leczenie chorób naczyń”, którego celem oraz sposobem realizacji było, cyt.: „zwiększenie dostępności do świadczeń dla pacjentów

⁷ Dz.U. z 2018 r. poz. 1510, ze zm., dalej: „ustawa o świadczeniach”.

⁸ Ogłoszenie z: 20.10.2017 r. (11-18-000001/LSZ/03/5/01, 11-18-000002/LSZ/03/5/01, 11-18-000003/LSZ/03/5/01, 11-18-000004/LSZ/03/5/01); 08.12.2017 r. (11-18-000012/LSZ/03/1/11); 04.01.2018 r. (11-18-000014/LSZ/03/5/01, 11-18-000015/LSZ/03/5/01, 11-18-000016/LSZ/03/5/01); 9.01.2018 r. (11-18-000017/LSZ/03/6/01); 9.01.2018 r. (11-18-000018/LSZ/03/6/01); 11.01.2018 r. (11-18-000019/OPH/15/1/15.2181.028.02/01, 11-18-000020/OPH/15/1/15. 2180.027.02/01); 29.01.2018 (11-18-000022/OPH/15/1/15.2180.027.02/11); 29.01.2018 r. (11-18-000023/LSZ/03/1/03.4500.032.02/01, 11-18-000024/LSZ/03/1/03.4500.032.02/01); 29.01.2018 r. (11-18-000025/LSZ/03/6/01); 9.02.2018 r. (11-18-000026/LSZ/03/5/01, 11-18-000027/LSZ/03/5/01), 12.02.2018 r. (11-18-000028/SOK/11/1/11.4132.003.12/01, 11-18-000029/SOK/11/1/11.4132.003.12/01, 11-18-000030/SOK/11/1/11.4132.003.12/01, 11-18-000031/SOK/11/1/11.4132.003.12/01); 20..02.2108 r. (11-18-000032/STM/07/1/07.0000.400.02/01); 1.03.2018 r. (11-18-000033/SOK/11/1/11.4132.003.12/01, 11-18-000034/SOK/11/1/11.4132.003.12/01).

wymagających zabiegowego leczenia naczyń poprzez zawarcie nowej umowy w dotychczas niekontraktowanym zakresie (angiologia)".

Jak wyjaśniła z-ca Dyrektora ds. Medycznych Oddziału fakt migracji pacjentów z województwa pomorskiego, przy jednoczesnym braku umowy z POW NFZ w zakresie angiologii, uzasadniał zawarcie jednej umowy, co poprawiłoby dostępność do przedmiotowych świadczeń dla pacjentów województwa. Ze względu na ograniczone środki finansowe i konieczność zapewnienia kontynuacji finansowania już zawartych umów oraz zabezpieczenia środków na świadczenia wynikające z wprowadzanych nowych regulacji prawnych (m.in. wzrost wynagrodzeń poszczególnych grup zawodowych) odstąpiono od ujęcia w planie zakupów planowanego pierwotnie postępowania konkursowego.

(akta kontroli str. 236-237, 239, 243)

Zdaniem NIK, w sytuacji zdiagnozowania potrzeb i zdefiniowania problemu, Oddział powinien podjąć działania w celu jego rozwiązania poprzez odpowiednią konstrukcję planu finansowego. Należy też zauważyć, że w chwili zgłaszania priorytetów regionalnych, tj. 5 października 2017 r., POW NFZ dokonał już analizy swoich możliwości finansowych, gdyż 23 czerwca 2017 r. przesłał do Centrali projekt planu finansowego na 2018 rok.

(akta kontroli str. 215-216)

1.2 Wykonanie planu zakupu świadczeń

Opis stanu faktycznego

W 2018 r. wartość ogółem zawartych umów, przypadających na jednego ubezpieczonego, wyniosła 1.625,57 zł i była wyższa niż na koniec roku 2017 o 102,12 zł⁹.

W 2018 r. wartość zawartych umów, przypadających na jednego świadczeniobiorcę, wyniosła 2.217,97 zł i była wyższa niż w roku ubiegłym o 176,24 zł¹⁰.

W 2018 r. wartość zrealizowanych świadczeń, w przeliczeniu na jednego ubezpieczonego, wyniosła 1.525,87 zł i była wyższa niż w 2017 r. o 56,37 zł¹¹.

W 2018 r. wartość zrealizowanych świadczeń, w przeliczeniu na jednego świadczeniobiorcę, wyniosła 2.081,93 zł i była wyższa niż roku ubiegłym o 112,5 zł¹².

W 2018 r. spadła, w porównaniu do roku 2017, liczba świadczeniodawców, z którymi POW NFZ po raz pierwszy zawarł umowy. Z 52 w 2017 r. do 9 w 2018 r.

(akta kontroli str. 642)

W 2018 r. na terenie Oddziału nie udzielano świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej: a) porada specjalistyczna – choroby wewnętrzne, b) porada specjalistyczna – pediatria¹³.

W dniu 14 marca 2018 r. Prezes NFZ wydał Zarządzenie nr 22/2018/DSOZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w którym wprowadzono do finansowania i rozliczania porady specjalistyczne – choroby wewnętrzne i pediatria. Oddział, dwoma pismami z 20 lipca i 5 września 2018 r., zwracał się do Centrali NFZ o wskazanie trybu i zasad wprowadzenia przedmiotowych zakresów świadczeń do umów o udzielanie świadczeń opieki

⁹ W wartości zawartych umów uwzględniono zakresy związane ze wzrostem wynagrodzeń personelu medycznego.

¹⁰ Ibidem.

¹¹ Ibidem.

¹² Ibidem.

¹³ 1 stycznia 2018 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z 15 grudnia 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, opublikowane w Dz. U. z 2017 r. poz. 2423.

zdrowotnej. Odpowiedź o prowadzonej w tej sprawie korespondencji z Ministerstwem Zdrowia otrzymał 14 września 2018 r.

Dopiero 7 maja 2019 r. ukazało się stosowne rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie m.in. kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wprowadzające kryteria dla przedmiotowych zakresów¹⁴.

W 2018 r. na terenie Oddziału nie było udzielane świadczenie gwarantowane z zakresu zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej - leczenie chorych na nieoperacyjne guzy neuroendokryne z zastosowaniem znakowanych radioizotopowo analogów somatostatyny¹⁵.

Brak jest w tym zakresie przepisów wydanych przez Prezesa NFZ umożliwiających rozliczanie takiego świadczenia w trybie ambulatoryjnym.

(akta kontroli str. 633, 635)

W 2018 r., pomimo zwiększenia nakładów o 11% w stosunku do roku 2017 r., w zakresie 07.0000.213.02 „Świadczenia ortodoncji dla dzieci i młodzieży” średni czas oczekiwania wydłużył się o 18 dni, w stosunku do 2017 r., oraz spadła liczba zrealizowanych świadczeń o 1.698. Zmniejszyła się również liczba leczonych pacjentów o 517.

Dla czwartego priorytetu regionalnego „Stomatologia dziecięca – świadczenia ortodoncji dla dzieci i młodzieży” celem oraz sposobem jego realizacji było: „Zwiększenie dostępności do świadczeń ortodoncji dla dzieci i młodzieży poprzez zwiększenie nakładów na ten zakres świadczeń”.

W 2018 r. leczeniem aparatem ortodontycznym objęto o 823 pacjentów więcej aniżeli w 2017 r. i wykonano więcej świadczeń zmierzających do wyleczenia wad zgryzu, np. nowych aparatów ortodontycznych jednoszczękowych (o 821 aparatów więcej) oraz kompleksowych badań i procedur diagnostycznych (np. zdjęć pantomograficznych, wycisków diagnostycznych).

Na zmniejszenie ogólnej liczby świadczeń wykonanych w 2018 r. miała wpływ niższa liczba badań lekarskich kontrolnych oraz zmniejszenie liczby napraw „starych” aparatów ortodontycznych, a także częstotliwości wizyt kontrolnych, na rzecz konkretnych zabiegów wdrażających, diagnostycznych i leczniczych, niezbędnych w procesie leczenia wad zgryzu, co jest zasadniczym celem leczenia ortodontycznego.

Wydłużenie w 2018 r. czasu oczekiwania o 18 dni, w stosunku do roku 2017, wynika z faktu, że w 2018 r. wykonano więcej aparatów, tym samym objęto leczeniem większą liczbę pacjentów, jak również z preferencji, co do wizyt w konkretnych dniach i godzinach, zazwyczaj popołudniowych.

(akta kontroli str. 239, 243-245, 274)

W trzech poniższych zakresach świadczeń z opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień spadła liczba prawidłowo sprawozdanych świadczeń w 2018 roku w stosunku do roku 2017: 04.1700.001.02 Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych: spadek liczby świadczeń o 8.326 (ponad 2%); 04.4700.021.02 Świadczenia psychiatryczne dla dorosłych: spadek liczby świadczeń o 17.315 (ponad 6%); 04.4701.001.02 Świadczenia psychiatryczne dla dzieci: spadek liczby świadczeń o 367 (1,8%).

Oddział NFZ, planując ogłoszenie w III kw. 2018 roku postępowań konkursowych na przedmiotowe świadczenia, w tym na świadczenia w zakresach: świadczenia

¹⁴ Dz. U. poz. 832.

¹⁵ 1 kwietnia 2018 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z 28 marca 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, opublikowane w Dz. U. z 2018 r. poz. 657.

psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych, świadczenia psychiatryczne dla dorosłych oraz świadczenia psychiatryczne dla dzieci przeznaczył na ten cel większą kwotę niż w 2017 r.

W przypadku zakresu: świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych kwota prawidłowo sprawozdanych świadczeń w roku 2018 była wyższa o 5% w stosunku do roku 2017. Podobnie w przypadku zakresu świadczenia psychiatryczne dla dorosłych, gdzie wystąpił wzrost o 2% i w zakresie świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży wzrost o 8% w stosunku do roku 2017.

Jednocześnie, w roku 2018, przyjęto o 764 pacjentów więcej w zakresie: świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych, w stosunku do roku 2017, co stanowi wzrost o 1%. W przypadku pozostałych dwóch zakresów, spadek liczby prawidłowo sprawozdanych świadczeń – jak wyjaśniono – był spowodowany zmianą sposobu rozliczania świadczeń poprzez wprowadzenie, z dniem 1 lipca 2018 r., współczynników korygujących określonych w Zarządzeniu nr 41/2018/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 23 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

Jeden ze świadczeniodawców realizujących świadczenia w zakresie świadczenia psychiatryczne dla dorosłych przeprowadzał, w okresie od dnia 10 sierpnia 2018 r. do dnia 31 grudnia 2018 r., remont oddziałów, w związku z czym zmniejszyła się dostępność łóżek, a co za tym idzie także liczba sprawozdanych świadczeń.

(akta kontroli str. 239, 243-245)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1.3 Kontraktowanie wybranych świadczeń

Opis stanu
faktycznego

Szczegółowym badaniem objęto dokumentację siedmiu postępowań na realizację świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, w tym:

- a) sześciu postępowań konkursowych w zakresie świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dzieci i młodzieży, w tym trzech unieważnionych¹⁶,
- b) jednego postępowania konkursowego w zakresie świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży.¹⁷

W wyniku kontroli stwierdzono, że objęte badaniem postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ww. rodzaju zostały przeprowadzone prawidłowo.

(akta kontroli str. 660-669, 706-854, 876-945)

W roku 2018 na obszarze Oddziału nie realizowano kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (dalej: KOS-ZAWAŁ).

Wyniki przeprowadzonej przez POW NFZ analizy pod kątem spełnienia przez świadczeniodawców warunków określonych w zarządzeniu nr 38/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne - świadczenia kompleksowe wskazały, że określone w zarządzeniu wymogi dotyczące realizacji KOS-ZAWAŁ spełniało pięciu potencjalnych świadczeniodawców z terenu województwa pomorskiego.

¹⁶ Dotyczy rozstrzygniętych postępowań nr 11-18-000056/PSY/04/1/04.1701.001.02/01; 11-18-000107/PSY/04/1/04.1701.001.02/01; 11-18-000220/PSY/04/1/04.1701.001.02/01 oraz unieważnionych nr 11-18-000079/PSY/04/1/04.1701.001.02/01; 11.18.000166/PSY/04/1/04.1701.001.02/01; 11.18.000218/PSY/04/1/04.1701.001.02/01.

¹⁷ Dotyczy rozstrzygniętego postępowania nr 11-18-000190/PSY/04/1/04.4701.001.02/01.

W postępowaniu w sprawie realizacji tej opieki, w ramach umów podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń, wnioski złożyło dwóch świadczeniodawców, jednak z powodu wystąpienia błędu systemu informatycznego zostało ono unieważnione. Bez powodzenia zakończyła się również podjęta przez POW NFZ w trybie nadzwyczajnym ponowna próba zabezpieczenia, od 1 stycznia 2018 r., dostępności tych świadczeń, z powodu wycofania przez świadczeniodawców uprzednio złożonych wniosków. Jako przyczynę wycofania wskazano wynik szczegółowej analizy szacunkowego poziomu finansowania i kosztów oraz tymczasowe problemy kadrowe jednego ze świadczeniodawców.

(akta kontroli str. 946-953)

W 2018 roku POW NFZ przeprowadził trzy postępowania w zakresie *Świadczenia udzielane w dentobusie*.

Pierwsze postępowanie rozstrzygnięto 20 marca 2018 r. wybierając oferenta: NZOZ „Śródmieście” sp. z o.o. w Gdyni¹⁸. Wartość wybranej oferty wyniosła 208,8 tys. zł i była tożsama z wartością przedmiotu postępowania podaną w ogłoszeniu.

W dniu 8 maja 2018 r. do Oddziału wpłynęło pismo wybranego oferenta z rezygnacją z realizacji świadczeń udzielanych w dentobusie. W piśmie tym podniesiono m.in.: nieprzystosowanie dentobusu w okresie zimowym; brak możliwości operowania dentobusu w oddaleniu od jednostki macierzystej, która musi zapewniać codzienną sterylizację narzędzi; zamontowany w dentobusie aparat RTG nie jest dopuszczony do użytkowania przez odpowiednie służby; umowa użyczenia dentobusu – przygotowana przez wojewodę – zawiera wiele obostrzeń i zbyt dotkliwych kar finansowych; umowa użyczenia nie była elementem postępowania konkursowego.

(akta kontroli str. 463-468)

Jak wyjaśniła z-ca Dyrektora ds. Medycznych POW NFZ na etapie prowadzenia kolejnych postępowań konkursowych POW NFZ nie posiadał ani wzoru umowy użyczenia dentobusu przez Wojewodę, ani uprawnień do ewentualnego udostępnienia treści umowy, której nie jest stroną. Ponadto, przedstawiła stanowisko Ministra Zdrowia, zgodnie z którym: „...dentobusy nie podlegają wpisowi do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, stąd nie podlegają opiniom sanitarnym (...) przyjęte rozwiązania, a także wyposażenie dentobusów, były przedmiotem prac ekspertów z zakresu stomatologii, przepisów prawa obowiązującego, wymagań sanitarno-epidemiologicznych oraz radiologii, w tym także przedstawicieli Głównego Inspektora Sanitarnego. Ponadto, dentobusy zgodnie z wymaganiami zawartymi w specyfikacji istotnych warunków zamówienia zostały dostosowane pod kątem wymagań wynikających z przepisów Prawa Atomowego...”.

Z-ca Dyrektora ds. Medycznych POW NFZ wyjaśniła ponadto, że realizator umowy Nr 11/002204/STM/18 Ekodent sp. z o.o. nie zgłaszał w 2018 r. trudności w zakresie nieprzystosowania dentobusu do pracy zimą, a świadczenia były realizowane systematycznie i zgodnie z harmonogramem.

(akta kontroli str. 504, 506-508)

Drugie postępowanie, w wyniku którego nie została wybrana oferta¹⁹, rozstrzygnięto 9 lipca 2018 r. W ramach tego postępowania prowadzono negocjacje z jednym z oferentów, jednak strony nie doszły do porozumienia, co do ceny i liczby jednostek rozliczeniowych.

(akta kontroli str. 469-473)

¹⁸ Kod postępowania: 11-18-000032/STM/07/1/07.0000.40.02/01

¹⁹ Kod postępowania: 11-18-000054/STM/07/1/01.

Trzecie postępowanie rozstrzygnięto 4 września 2018 r. wybierając oferenta Ekodent sp. z o.o.²⁰ Wartość wybranej oferty wyniosła 69,6 tys. zł i była tożsama z wartością przedmiotu postępowania podaną w ogłoszeniu.

Umowa udostępnienia dentobusu wyłonionemu świadczeniodawcy przez Wojewodę Pomorskiego Nr 147/2018 została zawarta 13 października 2018 r.

Umowę o udzielanie świadczeń w dentobusie Nr 11/002204/STM/18 zawarto 14 września 2018 r. na okres od 1 października 2018 r. do 30 czerwca 2022 r., przy czym kwotę zobowiązań Oddziału wobec świadczeniodawcy w 2018 r. ustalono na kwotę 69,6 tys. zł.

Umowę o udzielanie świadczeń w dentobusie aneksowano czterokrotnie: zmniejszono ryczałt za październik 2018 r. o wartość 2,9 tys. zł (z uwagi na fakt, że świadczenia nie były udzielane w dniach 1-14 października 2018 r.), zmieniono załącznik nr 2 do umowy „Harmonogram-Zasoby”; zmieniono załącznik nr 6 do umowy „Harmonogram postojów dentobusów”, zwiększono kwotę umowy o 17,5 tys. zł (z tytułu wykonania świadczeń zdrowotnych ponad wartość umowy).

W dniu 18 lutego 2019 r. zawarto ugodę dotyczącą rozliczenia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej pomiędzy POW NFZ a Ekodent sp. z o.o. Oddział zobowiązał się zapłacić świadczeniodawcy dodatkowo wynagrodzenie w wysokości 14,7 tys. zł.

Wartość świadczeń udzielonych w 2018 r. w dentobusie wyniosła 98,9 tys. zł.
(akta kontroli str. 328-503)

Zatwierdzony przez Dyrektora POW NFZ harmonogram na dany miesiąc był publikowany na stronie internetowej POW NFZ w formie komunikatu dla wszystkich pacjentów. Informowanie lokalnej społeczności pozostawało w praktyce również w gestii świadczeniodawcy poprzez uzgodnienia z władzami placówki szczegółów ustawienia dentobusu. Informowani byli przy tym rodzice/opiekunowie prawni w celu – w przypadku zainteresowania tego typu świadczeniami – udzielenia zgód na udzielenie świadczeń swoim dzieciom.

W 2018 r. z wizyt w dentobusie skorzystało 1.311 dzieci, którym udzielono 2.267 świadczeń. W ocenie POW NFZ 2,5-miesięczny okres realizacji umowy nr 11/002204/STM/18 w 2018 r. jest za krótki, aby oceniać efekty funkcjonowania. Jednak poziom realizacji tej umowy, przekraczający o 68% wartość umowy w stosunku do jej pierwotnej wartości, wskazuje na zainteresowanie tego rodzaju świadczeniami.

(akta kontroli str. 505, 514)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Nie przeprowadzono kontroli realizacji umowy Nr 11/002204/STM/18 z 11 września 2018 r. w sytuacji, gdy było to nowe świadczenie wcześniej nierealizowane i nowy świadczeniodawca, dla którego jest to pierwsza umowa z POW NFZ.

Z-ca Dyrektora ds. Medycznych POW NFZ wyjaśniła, że kontrola ta z przyczyn formalnych nie mogła zostać ujęta w planie kontroli na rok 2018. Z uwagi na brak skarg i zgłoszeń nieprawidłowości związanych z realizacją tej umowy nie było podstaw do przeprowadzenia ewentualnej kontroli doraźnej. Ponadto, podniesiono braki kadrowe oraz zwrócono uwagę, że prowadzony jest bieżący monitoring realizacji umowy pod względem warunków realizacji świadczeń medycznych.

(akta kontroli str. 392, 504, 507)

²⁰ Kod postępowania: 11-18-000221/STM/07/1/01.0000.400.02/01.

Najwyższa Izba Kontroli jako celowe uznaje objęcie kontrolą świadczeniodawcy, który po raz pierwszy podpisuje umowę z Oddziałem na świadczenie dotąd nierealizowane.

Potwierdzeniem słuszności oceny NIK jest praktyka POW NFZ, który w 2017 r. skontrolował wszystkich 52 świadczeniodawców, z którymi po raz pierwszy zawarł umowę, a w 2018 r. skontrolował 8 z 9 nowych świadczeniodawców, za wyjątkiem firmy Ekodent sp. z o.o.

(akta kontroli str. 642)

2. W przypadku postępowania 11-18-000032/STM/07/1/07.0000.400.02/01 informacja o postępowaniu konkursowym nie została przekazana do okręgowej izby lekarskiej oraz okręgowych izb pielęgniarek i położnych równocześnie z zamieszczeniem ogłoszenia o postępowaniu. Konkurs ogłoszono 20 lutego 2018 r., a informację przesłano 21 lutego 2018 r. Stosownie do postanowień § 3 ust. 5 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy²¹: „5. Dyrektor oddziału, równocześnie z zamieszczeniem ogłoszenia o postępowaniu (...) przesyła informację o ogłoszeniu o postępowaniu do właściwych miejscowo okręgowych izb lekarskich oraz okręgowych izb pielęgniarek i położnych w celu zamieszczenia na tablicy ogłoszeń”.

Z-ca Dyrektora ds. Medycznych POW NFZ wyjaśniła, że nastąpiło to z przyczyn organizacyjnych. Ogłoszenie postępowania konkursowego było publikowane w godzinach popołudniowych i dodatkowo w tych dniach Wydział Organizacyjny pracował w zmniejszonym składzie osobowym.

(akta kontroli str. 504-505, 508-509)

3. W 2018 r. typowano miejsca udzielania świadczeń w dentobusie jedynie w pobliżu aglomeracji trójmiejskiej. Wytypowano do postojów dentobusu następujące gminy, w których były zakontraktowane świadczenia stomatologii ogólnej dla dzieci i młodzieży:
- Pruszcz Gdański (15-17 października, 2-9 listopada, 15 listopada, 20-22 listopada, 3-14 grudnia 2018 r.);
 - Kolbudy (23 października);
 - Gdańsk (24 i 29-30 października).

W 2018 r. świadczeń stomatologicznych w dentobusie udzielano na terenie powiatu gdańskiego (w powiecie tczewskim postój odbywał się jedynie przez 3 dni), podczas gdy w powiecie człuchowskim, kwidzińskim, malborskim, słupskim i sztumskim nie było żadnego świadczeniodawcy udzielającego świadczeń stomatologii dla dzieci i młodzieży.

(akta kontroli str. 505)

Z-ca Dyrektora ds. Medycznych POW NFZ wyjaśniła, że miejscami wszystkich postojów we wskazanych wyżej gminach były szkoły podstawowe i przedszkola we wsiach pozbawionych gabinetów stomatologicznych funkcjonujących w ramach umowy z POW NFZ. Wskazała też, że brak jest przepisu ustalającego szczegółowe kryteria doboru/typowania miejsca postoju dentobusu (np. że nie może to być miejscowość położona w powiecie/gminie/miejscowości, w której zakontraktowane są świadczenia stomatologiczne z OW NFZ). POW NFZ uznaje, że miejscami o szczególnych potrzebach zdrowotnych w zakresie działania dentobusu, mogą być szkoły i placówki oświatowe pozbawione stacjonarnych gabinetów stomatologicznych, w szczególności na wsiach, gdzie

²¹ Dz. U. z 2018 poz. 1897.

w większości nie zakontraktowano świadczeń stomatologicznych w ramach umowy z POW NFZ. Brak wcześniejszych doświadczeń w realizacji tego zakresu świadczeń, jak również początkowy okres działalności podmiotu Ekodent sp. z o.o. oraz przytoczona wyżej argumentacja uzasadniały zatwierdzenie przez Dyrektora POW NFZ rozpoczęcia realizacji umowy w ww. lokalizacjach, które obejmują wyłącznie wsie i zostały wykonane w miejscach, w których występuje ograniczona dostępność do świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży, czyli zgodnie z definicją – zaistniały tam potrzeby zdrowotne.

Najwyższa Izba Kontroli w pełni zgadza się z podniesioną uwagą, że brak jest przepisu ustalającego szczegółowe kryteria doboru/typowania miejsca postoju dentobusu. Jednak w tym przypadku przesłanką wyboru mogła być odległość od siedziby świadczeniodawcy na terenie aglomeracji trójmiejskiej, a nie faktyczne potrzeby zdrowotne dzieci i młodzieży.

Potwierdzeniem oceny NIK są wyjaśnienia Oddziału wskazujące na duże utrudnienia w organizacji pracy dentobusu i tym samym ryzyko jego niedotarcia do powiatów/gmin znacznie odległych od stałego miejsca stacjonowania dentobusu i miejsca zamieszkania zatrudnionych lekarzy, a także postanowienia art. 132 ust. 3 ustawy o świadczeniach. Wyklucza on możliwość udzielania świadczeń przez lekarza posiadającego zawartą umowę z OW NFZ u innego świadczeniodawcy (tu: u świadczeniodawcy realizującego umowę w zakresie świadczenia udzielanego w dentobusie). Niemożliwa więc jest sytuacja, w której lekarz dentysta posiadający indywidualną umowę z POW NFZ w zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych (w ramach którego leczone są też dzieci) na terenie odległego powiatu, podjąłby się czasowego udzielania świadczeń w dentobusie, kontynuując dalej leczenie zbadanych dzieci po jego odjeździe.

W złożonych wyjaśnieniach z-ca Dyrektora ds. Medycznych Oddziału potwierdziła, że typowanie przez świadczeniodawcę miejsc postoju dentobusu wynika z problemów ze znalezieniem chętnych do pracy w mobilnym gabinecie stomatologicznym, w szczególności do wielogodzinnych podróży w miejsca odległe od Trójmiasta. Jest to spowodowane ogólnym deficytem lekarzy dentyków w odniesieniu do zapotrzebowania rynku.

Potwierdzeniem oceny NIK jest też fakt przekazania przez POW NFZ świadczeniodawcy, w listopadzie 2018 r., listy szkół publicznych zlokalizowanych na terenach wiejskich i poza dużymi aglomeracjami w celu planowania kolejnych harmonogramów w oparciu o tę listę. Działania te podjęto w wyniku zauważonej przez Oddział potrzeby rozszerzenia zasięgu działania dentobusu.

(akta kontroli str. 505, 509-515)

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia działania podejmowane przez Oddział mające na celu zapewnienia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Stwierdzone nieprawidłowości nie spowodowały pogorszenia ich dostępności.

OBSZAR

2. Wykonanie planu finansowego

2.1 Przygotowanie planu finansowego

Opis stanu faktycznego

Podstawą prawną sporządzenia projektu planu finansowego na 2018 r. w POW NFZ był art. 120 ustawy o świadczeniach.

Materiały dotyczące prognozowanych przez Oddział kosztów na 2018 r. w pozycjach: D7, E, F, G i H planu finansowego przekazano do Centrali Funduszu przy piśmie z 11 maja 2017 r.²²

²² Pismo znak: 11NFZ/WEF-A/S.C./47155/2017.

Prognozowane koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych pacjentom przyjeżdżającym na teren województwa pomorskiego w ramach migracji na lata 2018-2020 Oddział przekazał do Centrali NFZ przy piśmie z 26 maja 2017 r.²³

Projekt planu finansowego POW NFZ na 2018 r. został przygotowany w oparciu o założenia do sporządzenia projektu planu finansowego i informację o przewidywanych kosztach oddziałów wojewódzkich Funduszu otrzymane przy piśmie Prezesa NFZ z dnia 19 czerwca 2017 r.²⁴ Przewidywane koszty na 2018 r. POW NFZ określone przez Prezesa NFZ wyniosły: koszty świadczeń opieki zdrowotnej – 4.505.427 tys. zł, koszty administracyjne – 32.030 tys. zł, pozostałe koszty – 2.967 tys. zł i koszty finansowe – 1.000 tys. zł.

Projekt planu finansowego Oddział przestał przy piśmie z 23 czerwca 2017 r.²⁵

Rada POW NFZ, uchwałą nr 3/U/RO/V/2017 z 23 czerwca 2017 r., negatywnie zaopiniowała projekt planu finansowego Oddziału na rok 2018. Rada stwierdziła, że proponowane środki finansowe nie uwzględniają potrzeb regionu w zakresie zabezpieczenia zdrowotnego w świetle projektowanych zmian w systemie ochrony zdrowia. Ponadto podniesiono, że nakłady na koszty administracyjne są niewystarczające dla zapewnienia sprawnego funkcjonowania POW NFZ.

W podstawowej opiece zdrowotnej zaplanowano w 2018 r. wzrost nakładów w stosunku do roku 2017 o 10,36%. W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej nastąpił spadek zaplanowanych środków w porównaniu do roku ubiegłego o 14,56% spowodowany ujęciem kwoty ryczałtu dla świadczeń wchodzących do PSZ w rodzaju leczenie szpitalne. W leczeniu szpitalnym wzrost planowanych nakładów wyniósł 9,66%. Przy planowaniu środków finansowych na opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień na rok 2018 uwzględniono średni 4% w skali roku wzrost wagi punktowej produktów rozliczeniowych i wzrost nakładów o 11,90% w porównaniu do planu 2017 r. W przypadku rehabilitacji leczniczej zaplanowano o 22,22% więcej środków niż w roku ubiegłym. Wzrost planowanych nakładów na świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, w stosunku do roku 2017, wyniósł 31,95%. Z kolei w przypadku opieki paliatywnej i hospicyjnej było to o 9,09% więcej zaplanowanych środków. Łączny wzrost nakładów w rodzaju leczenie stomatologiczne na rok 2018, w stosunku do roku 2017, wyniósł 10,05%, a na leczenie uzdrowiskowe 15,74%. W rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny nie przewidziano istotnych zmian, w związku z czym wzrost nakładów nastąpił w oparciu o prognozowany wskaźnik inflacji (2,33%). Zaplanowano o 7,36% więcej środków w pozycji koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu. Planowana kwota dla rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie nie obejmowała wartości kwot ryczałtu dla świadczeń wchodzących do PSZ i była wyższa niż w 2017 r. o 1,10%. Na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawę, o których mowa w ustawie o refundacji zaplanowano na 2018 r. o 3,09% więcej środków niż w roku ubiegłym. Po uprzednim zabezpieczeniu środków niezbędnych na finansowanie leków w rodzaju leczenie szpitalne: leki i środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte programami lekowymi i leki stosowane w chemioterapii, nakłady w rodzaju refundacja w 2018 r. zaplanowano na poziomie wyższym w stosunku do roku poprzedniego o 9,87%. W związku z wejściem w życie programu „75 plus” zwiększają się systematycznie wydatki dla tej grupy pacjentów, co spowodowało wzrost planowanych nakładów o 14,69%, w porównaniu do roku 2017. Zaplanowano wzrost całkowitego budżetu na refundację w roku 2018 r. w stosunku do roku ubiegłego o 7,88%.

²³ Pismo znak: 11NFZ/WEF-A/AKS/52589/2016.

²⁴ Pismo znak: DEF.311.47.2017.

²⁵ Pismo znak: 11NFZ/WEF-A/KKO/63398/2017.

Nakłady w pozycji koszty administracyjne zaplanowano zgodnie z założeniami Centrali NFZ, przy czym zwrócono uwagę na niewystarczające kwoty w pozycjach: usługi obce, wynagrodzenia, amortyzacja.

Wartości planowanych na rok 2018 pozostałych kosztów oraz kosztów finansowych ustalono zgodnie z założeniami Centrali NFZ.

W pierwotnym planie finansowym na 2018 r. łączna wartość planowanych kosztów wyniosła 4.682.687,00 tys. zł, co w porównaniu z planem finansowym na rok 2017 stanowiło 101,46% wartości planowanych. Plan finansowy Oddziału w ciągu roku ulegał zmianom, w wyniku których zwiększono wartości planowanych kosztów o łączną kwotę 230.410,00 tys. zł.

Dynamika planu finansowego w 2018 r. wyniosła 104,92% w porównaniu do planu pierwotnego. Największy wzrost wartości planowanych odnotowano w kosztach świadczeń opieki zdrowotnej - o 212.006,00 tys. zł, a dynamika wyniosła 104,71%. W kosztach finansowych zanotowano spadek wartości planowanych – dynamika planu wyniosła 95,00%.

(akta kontroli str. 5-211, 285)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

2.2 Wykonanie kosztów POW NFZ

Opis stanu
faktycznego

Przy piśmie z dnia 31 maja 2019 r.²⁶ Oddział przesłał do Centrali Funduszu roczne sprawozdanie z wykonania planu finansowego na 2018 r. wraz z omówieniem oraz kopią uchwały Nr 10/U/RO/V/2019 z dnia 31 maja 2019 r. Rady POW NFZ opiniującą pozytywnie roczne sprawozdanie z wykonania planu finansowego Oddziału.

Całkowite koszty poniesione przez Oddział w analizowanym okresie stanowiły kwotę 4.861.056,69 tys. zł.

Największy udział w kosztach ogółem (96,07%) stanowiły koszty świadczeń opieki zdrowotnej, które w analizowanym okresie wyniosły 4.669.811,94 tys. zł i były niższe od planowanych na ten okres o kwotę 47.621,06 tys. zł. W strukturze kosztów świadczeń największy udział stanowiło leczenie szpitalne – 51,32%, jak również podstawowa opieka zdrowotna – 14,46% i refundacja – 11,34%.

W porównaniu do roku 2017 nastąpił wzrost poziomu realizacji kosztów świadczeń opieki zdrowotnej – dynamika realizacji wyniosła 107,74%.

W ostatecznym rozliczeniu świadczeń opieki zdrowotnej, zrealizowanych na podstawie zawartych na 2018 rok umów, Oddział sfinansował całość świadczeń ponadlimitowych we wszystkich rodzajach wykorzystując moduł tzw. „ugodowy” w łącznej kwocie 32.835,43 tys. zł. Wyjątek stanowią świadczenia niesfinansowane zrealizowane w ramach umów zawartych z dwoma szpitalami w kwocie 50,75 tys. zł i 82,30 tys. zł. Świadczenia te nie zostały rozliczone z uwagi na brak dostępnych środków w planie finansowym na 2018 rok i będą podlegały finansowaniu z planu na rok 2019.

Saldo wykonania z tytułu rozliczenia migracji ubezpieczonych za 2018 rok wynosiło 85.984,13 tys. zł. Ujemne saldo migracji (sześć rodzajów świadczeń) wynikało z wyższej wartości świadczeń udzielonych na rzecz ubezpieczonych w innych oddziałach przez świadczeniodawców związanych umową POW NFZ i zostało odnotowane między innymi w następujących rodzajach świadczeń: opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień oraz refundacja. Dodatnia wartość salda migracji (siedem rodzajów świadczeń) wynikała z wyższych kosztów ponoszonych

²⁶ Pismo znak: 2019.30293.WEF-A.SC.

na leczenie poza terenem działania Oddziału ubezpieczonych w POW NFZ i odnotowana zostało między innymi w rodzajach: leczenie szpitalne oraz lecznictwo uzdrowiskowe.

Wartość środków przekazanych przez POW NFZ na wzrost wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych, lekarzy i lekarzy dentyistów posiadających specjalizację oraz ratowników medycznych w 2018 r. wyniosła 233.585,19 tys. zł, w tym:

- wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych – POZ po wyłączeniu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej: 36.975,79 tys. zł;
- wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych – pozostałe rodzaje: 173.570,99 tys. zł;
- wzrost wynagrodzeń lekarzy i lekarzy dentyistów posiadających specjalizację: 10.462,63 tys. zł;
- wzrost wynagrodzeń ratowników medycznych: 12.575,78 tys. zł.

W 2018 r. nastąpił znaczący wzrost wartości środków przekazanych na wzrost wynagrodzeń w porównaniu do roku poprzedniego – dynamika realizacji wyniosła 167,29%. Wynika to przede wszystkim z rozpoczęcia finansowania w 2018 roku wzrostu wynagrodzeń dla lekarzy i lekarzy dentyistów posiadających specjalizację (środki finansowe przekazywane od 1 lipca 2018 roku), jak również z rozszerzenia zakresu finansowania wzrostu wynagrodzeń dla ratowników medycznych.

(akta kontroli str. 275-311)

Wynik finansowy netto POW NFZ po zakończeniu 2018 roku wyniósł (-) 46.861,00 tys. zł i był niższy od wyniku osiągniętego przez Oddział w roku 2017 o 62.194,23 tys. zł. Dynamika wyniku finansowego w odniesieniu do roku 2017 wyniosła (-)305,62%.

Z-ca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych Oddziału wyjaśniła, m.in., że: w 2018 r. POW NFZ prowadził gospodarkę finansową na podstawie planu finansowego, który określa jedynie wysokość kosztów oddziału na dany rok. Koszty realizacji zadań zostały wykonane na poziomie 99,00% planu, w tym w zakresie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej na poziomie 98,99%. Tym samym zrealizowane zostało – w maksymalnym możliwym zakresie, w ramach środków dostępnych w planie finansowym Oddziału – główne zadanie Funduszu dotyczące finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych. Podstawę oceny realizacji zadań Oddziału stanowi wysoki poziom realizacji planu finansowego w zakresie kosztów finansowania świadczeń zdrowotnych. Ocena nie może opierać się na wysokości osiągniętego wyniku finansowego, ponieważ Oddział nie ma wpływu na jego stronę przychodową.

W 2018 roku, w porównaniu do roku ubiegłego, odnotowano znaczną dynamikę wzrostu „pozostałych kosztów” (506,97%) i „kosztów finansowych” (724,27%).

Z-ca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych Oddziału wyjaśniła, m.in., że: pozostałe koszty w 2018 r. kształtowały się na poziomie 2.694,00 tys. zł, co stanowiło 60,66% planu. Znaczący wzrost poziomu tych kosztów wynikał głównie z realizacji pozycji „inne koszty”, gdzie dynamika realizacji w stosunku do roku 2017 wyniosła 581,18%. W zrealizowanej kwocie innych kosztów 72,41% stanowiły koszty finansowane z dotacji z budżetu państwa na zakup urządzeń informatycznych i oprogramowania oraz niezbędne szkolenie świadczeniodawców²⁷. Na pozostałą kwotę wykonania w pozycji „inne koszty” składały się przede

²⁷ Zarządzenie Nr 115/2018/DEF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 listopada 2018 r. w sprawie warunków rozliczania środków pochodzących z dotacji celowej z budżetu państwa na dofinansowanie zakupu urządzeń informatycznych i oprogramowania oraz kosztów niezbędnego szkolenia świadczeniodawców.

wszystkim odpisy aktualizujące należności oraz pozostałe koszty, w tym koszty sądowe.

W 2018 r. utworzono rezerwę w kwocie 722,55 tys. zł, zaliczaną do kosztów finansowych, na ugodę sądową w związku z toczącą się sprawą sądową ze świadczeniodawcą. Kwota główna sporu dotyczy ambulatoryjnych świadczeń kardiologicznych i wynosi 835,92 tys. zł. Utworzono na nią rezerwę w pozycji pozostałe koszty operacyjne – koszty z tytułu korekt poprzednich lat obrotowych, wykazane w realizacji planu finansowego poz. B 2.18. Kierując się zasadą ostrożności Oddział założył rezerwę na odsetki od należności głównej w celu oszacowania i zabezpieczenia całkowitej wartości kwoty spornej.

Koszty związane z drukiem europejskich kart ubezpieczenia zdrowotnego (27,73 tys. zł) ujmowane były w 2018 r. jako „pozostałe koszty operacyjne” na koncie 735-05 – inne koszty operacyjne – wydanie i utrzymanie kart ubezpieczenia zgodnie z Zasadami rachunkowości Narodowego Funduszu Zdrowia²⁸. Koszty nadruku kart EKUZ stanowią, wraz z kartami otrzymanymi z Centrali, całkowitą wartość nieodpłatnie przekazanych środków obrotowych (§ 40 ust. 15 pkt 3 Zasad rachunkowości). W planie finansowym NFZ dla tego rodzaju kosztów wydzielono pozycję F1, na którą Oddział wnioskuje do Centrali NFZ, otrzymał na rok 2018 kwotę 57,00 tys. zł.

(akta kontroli str. 275-311, 585-630)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Plan finansowy sporządzono prawidłowo z uwzględnieniem wytycznych Prezesa NFZ oraz dyspozycji art. 118 ust. 4 ustawy o świadczeniach. W ocenie NIK, Oddział podejmował odpowiednie działania w celu pełnego wykorzystania środków na świadczenia zdrowotne. W 2018 r. wykorzystano 98,99% kwoty przeznaczonej w planie finansowym na realizację świadczeń opieki zdrowotnej.

3. Koszty administracyjne POW NFZ

Opis stanu
faktycznego

W 2018 r. koszty administracyjne POW NFZ wyniosły 31 322,8 tys. zł, tj. o 331,91 tys. zł mniej (1,0%) niż w 2017 r. Stan zatrudnienia w POW NFZ, na koniec 2018 r., wyniósł 329,7 etatów, tj. o 1,7 więcej niż w 2017 r.

(akta kontroli str. 957-968, 995-998)

Szczegółowym badaniem objęto próbę wydatków administracyjnych na łączną kwotę 1 618,1 tys. zł, co stanowiło 5,2% kosztów administracyjnych poniesionych w 2018 r. Badaniem szczegółowym objęto również trzy postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, tj.: przetarg nieograniczony na wynajem drukarek wielozadaniowych wraz z kompleksową usługą serwisową²⁹, przetarg nieograniczony na utrzymanie czystości w POW NFZ w Gdańsku³⁰ oraz postępowanie prowadzone na podstawie art. 138o ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych³¹ (dalej: ustawa Pzp) na świadczenie usług pocztowych i kurierskich w obrocie krajowym i zagranicznym³².

Objęte badaniem wydatki administracyjne zostały poniesione zgodnie z zasadami ponoszenia wydatków publicznych, a związane z nimi ww. postępowania o zamówienie publiczne przeprowadzono zgodnie z przepisami ustawy Pzp.

(akta kontroli str. 1032-1077)

²⁸ Zarządzenie nr 133/2017/BK Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 grudnia 2017 ze zm.

²⁹ Ozn. postępowania: WAG-Z.261.3.2017.

³⁰ Ozn. postępowania: WAG-Z.261.4.2017.

³¹ Dz.U. z 2018 r. poz. 1986, ze zm.

³² Ozn. postępowania: WAG-Z.261.5.2017.

Księgi rachunkowe POW NFZ były prowadzone rzetelnie, zgodnie z obowiązującymi przepisami i przyjętymi zasadami rachunkowości. Szczegółowym badaniem objęto kompletność zapisów w księgach rachunkowych oraz próbę 47 dowodów i zapisów księgowych dotyczących przychodów i kosztów w roku 2018.

Ewidencja przychodów i kosztów oraz związanych z nimi należności i zobowiązań prowadzona była prawidłowo.

(akta kontroli str. 957, 969-1031)

Stwierdzone
nieprawidłowości

OCENA CZĄSTKOWA

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

NIK pozytywnie ocenia działalność POW NFZ w zakresie realizacji kosztów administracyjnych Oddziału. Przestrzegano zasad ponoszenia wydatków publicznych oraz procedur w zakresie dokonywania zamówień publicznych. Księgi rachunkowe, w zakresie ewidencji przychodów i kosztów oraz związanych z nimi należności i zobowiązań, prowadzone były rzetelnie.

IV. Uwagi i wnioski

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, przedstawia następujące uwagi i wnioski:

Uwagi W sytuacji zdiagnozowania potrzeb i zdefiniowania problemu związanego z dostępnością świadczeń, Oddział powinien podjąć działania w celu jego rozwiązania poprzez odpowiednią konstrukcję planu finansowego, tak aby uniknąć sytuacji z 2018 r., gdzie nie został zrealizowany trzeci priorytet regionalny: „Leczenie szpitalne – zabiegowe leczenie chorób naczyń”.

- Wnioski
1. Wystąpienie do Prezesa NFZ o zmianę procedur i terminów opracowania planu zakupu na rok 2020, tak aby był on podstawą do podejmowania wszystkich decyzji związanych z dostępem do świadczeń zdrowotnych na obszarze województwa, w tym do wszczynania postępowań mających na celu zakontraktowanie świadczeń.
 2. Przeprowadzenie kontroli realizacji umowy Nr 11/002204/STM/18 z 11 września 2018 r.
 3. Rozszerzenie zasięgu działania dentobusu w celu zapewnienia dostępności świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

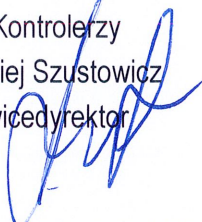
Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Warszawa, 10 lipca 2019 r.

Kontrolerzy
Maciej Szustowicz
wicedyrektor



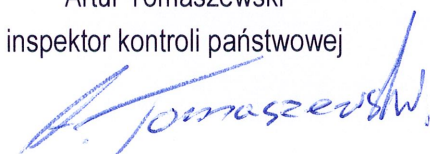
.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Departament Zdrowia
Dyrektor
Piotr Wasilewski



.....
podpis

Artur Tomaszewski
inspektor kontroli państwowej



.....
podpis

