



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Białymstoku

LBI.410.007.01.2016

P/16/053



01836216

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Białymstoku
ul. Akademicka 4, 15-267 Białystok
T +48 85 874 81 00, F +48 85 874 81 33
lbi@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/16/053 – Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 roku
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Białymstoku
Kontrolerzy	Władysław Radgowski – gł. specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 99678 z dnia 18 marca 2016 r. Jerzy Chwiedosik – gł. specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 99681 z dnia 31 marca 2016 r. (Dowód: akta kontroli str. 1-4)
Jednostka kontrolowana	Podlaski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Białymstoku (zwany dalej „POW NFZ” lub „Oddziałem”), 15-042 Białystok, ul. Pałacowa 3
Kierownik jednostki kontrolowanej	Magdalena Borkowska, p.o. dyrektora Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Białymstoku od 1 czerwca 2016 r. ¹ (Dowód: akta kontroli str. 5)

Ocena ogólna

II. Ocena kontrolowanej działalności

W 2015 roku POW NFZ nie zdołał zapewnić na obszarze województwa dostępu do niektórych świadczeń zdrowotnych, zaś dostęp do wielu był ograniczony. Mimo wzrostu nakładów na poszczególne rodzaje i zakresy świadczeń o 4,1% i liczby zakontraktowanych świadczeń o 3,3%, w 2015 roku zwiększyła się – w porównaniu do 2014 roku – liczba zakresów, w których czas oczekiwania w przypadkach pilnych wynosił siedem i więcej dni. Także w przypadkach stabilnych, w ponad połowie zakresów, pacjenci byli zapisywani na listy oczekujących. W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej wystąpiły przypadki niezrealizowania w pełni umów z NFZ, mimo kolejek oczekujących na te świadczenia.

Oddział realizował zadania w oparciu o plan finansowy i plan zakupu świadczeń zdrowotnych dostosowany do założeń i środków przekazanych przez Centralę NFZ. Plan finansowy zrealizowano prawidłowo, m.in. dzięki bieżącemu monitorowaniu stanu realizacji kontraktów zawartych z podmiotami udzielającymi świadczeń zdrowotnych, co pozwoliło na niemalże pełne wykorzystanie zaplanowanych środków finansowych, w tym opłacenie świadczeń przekraczających limity ustalone w umowach (nadwykonania).

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły:

- niezapewnienia od grudnia 2015 roku na obszarze powiatu bielskiego dostępu do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie kardiologii, co było konsekwencją nieprawidłowego przeprowadzenia postępowania konkursowego na udzielanie tych świadczeń,
- nierzetelnego dokumentowania przebiegu postępowania konkursowego na udzielanie ww. świadczeń zdrowotnych².

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Proces planowania zakupu świadczeń i sporządzania planu finansowego

1.1. Przygotowanie procesu kontraktowania świadczeń zdrowotnych

Opis stanu faktycznego

1.1.1. Zapotrzebowanie na świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane przez Oddział określono w oparciu o założenia przekazane przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia pismami z 2 i 4 czerwca 2014 r.³, dotyczące prognozowanych kosztów POW NFZ na lata

¹ Od 23 listopada 2006 r. do 31 maja 2016 r. Dyrektorem POW NFZ był Jacek Roleder.

² Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie.

³ Pismo NFZ/CF/DEF/2014/077/0130/W/16685/MMA.

2015 – 2017. Prezes NFZ wskazał wartość prognozowanych kosztów świadczeń na 2015 rok w wysokości 1.958.113 tys. zł, tj. o 39.932 tys. zł wyższą (o 2,08%) niż zaplanowano na 2014 rok. Zgodnie z założeniami Prezesa NFZ, planowany podział tych środków powinien m.in. uwzględniać:

- zachowanie dotychczasowej struktury rodzajowej planowanych kosztów świadczeń zdrowotnych,
- utrzymanie dotychczasowych zasad kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej,
- skutki projektowanych zmian w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dotyczących tzw. „szybkiej ścieżki onkologicznej”, w szczególności w rodzajach świadczeń: podstawowa opieka zdrowotna (zwana dalej „POZ”), ambulatoryjna opieka specjalistyczna (zwana dalej „AOS”) i leczenie szpitalne (zwane dalej „SZP”),
- zapewnienia rezerwy na pokrycie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w ramach „migracji ubezpieczonych”,
- koszty refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych ustalonych z uwzględnieniem przepisów ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych⁵ w zakresie całkowitego budżetu na refundację. (Dowód: akta kontroli str. 6-22)

1.1.2. W dniu 29 sierpnia 2014 r. Oddział przekazał Prezesowi NFZ zbiorczy plan zakupu świadczeń na 2015 rok, w którym założono wydatkowanie 1.689.034 tys. zł na sfinansowanie świadczeń zdrowotnych w 13 rodzajach (bez ratownictwa medycznego, na finansowanie którego środki przekazywane były z budżetu Wojewody Podlaskiego). Pozostałe środki wynikające z planu finansowego przeznaczone były na refundację leków (223.147 tys. zł), rozliczenia z innymi oddziałami NFZ (migracja pacjentów) w zakresie udzielonych upoważnień (per saldo 34.775 tys. zł) oraz 11.157 tys. zł na sfinansowanie kosztów świadczeń z lat ubiegłych. W części opisowej zbiorczego planu zakupu przedstawiono charakterystykę epidemiologiczno-demograficzną województwa podlaskiego, wykaz priorytetów regionalnych oraz założenia planu zakupów świadczeń medycznych wg poszczególnych rodzajów i zakresów. Źródłem danych były informacje z Głównego Urzędu Statystycznego (dane do 2012 roku i wstępne dotyczące liczby ludności w 2013 roku) oraz ze stron internetowych⁶. Jedną z części planu zakupu świadczeń zdrowotnych był wykaz 13 priorytetów regionalnych POW NFZ (więcej na ich temat w pkt. 3.1. niniejszego wystąpienia pokontrolnego). Planowanie liczby i wartości świadczeń na 2015 rok przeprowadzono w oparciu o analizę świadczeń zrealizowanych w poszczególnych rodzajach i zakresach od stycznia do maja 2014 roku wraz z prognozą wykonania w 2014 roku, a także analizę danych o osobach oczekujących na udzielenie świadczeń i migracji ubezpieczonych. (Dowód: akta kontroli str. 23-254)

W planie zakupu świadczeń zdrowotnych założono wydatkowanie 809.395 tys. zł na finansowanie SZP oraz 191.053 tys. zł na AOS, tj. odpowiednio o 2,33% i 3,03% więcej w stosunku do pierwotnego planu zakupu świadczeń na 2014 rok.

(Dowód: akta kontroli str. 255-256)

1.1.3. Oddział zawarł ze świadczeniodawcami na 2015 rok 1.345 umów o wartości pierwotnej 1.431.152,6 tys. zł⁷, tj. o 3,38% wyższej niż rok wcześniej (na 2014 rok zawarto 1.304 umowy o wartości 1.384.335,8 tys. zł). Wartość końcowa umów na 2015 rok (uwzględniająca aneksy rozliczające ewentualne nadwykonania) wyniosła 1.550.131,9 tys. zł i była wyższa o 4,15% od wartości końcowej z 2014 roku (1.488.358,7 tys. zł). Uwzględniając poszczególne rodzaje świadczeń zdrowotnych, na koniec 2015 r., wzrost wartości umów nastąpił w 11 rodzajach świadczeń, zaś w dwóch zmniejszył się (w leczeniu stomatologicznym⁸ o 0,22% i w profilaktycznych programach

⁴ Po korekcie z 4 czerwca 2014 roku.

⁵ Dz. U. Nr 122 poz. 696.

⁶ <http://onkologia.org.pl/> www.wrotapodlasia.pl.

⁷ Dane o wartości m.in. bez umów w rodzaju POZ, w których nie określa się wartości umowy (jest ona uzależniona od liczby świadczeniobiorców POZ) oraz bez umów z aptekami w zakresie refundacji za leki.

⁸ Zwane dalej „STM”.

zdrowotnych⁹ o 9,69%). Największy wzrost wartości umów wystąpił w opiece paliatywnej i hospicyjnej (dalej: „OPH”) – o 9,26% i świadczeniach kontraktowanych odrębnie (dalej: „SOK”) – o 8,26%. W odniesieniu do SZP i AOS wartość umów końcowych wzrosła odpowiednio o 4,69% i 3,99%, zaś liczba zakontraktowanych punktów o 7,2% i o 3,3%.

(Dowód: akta kontroli str. 257, 967-975)

1.1.4. W 2015 roku Oddział zmienił obszary kontraktacyjne w odniesieniu do trzech zakresów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (dalej: „PSY”). We wszystkich przypadkach nastąpiła zmiana kontraktowania z obszaru województwa do grupy powiatów. Dotyczyło to zakresów:

- świadczenia dzienne psychiatryczne geriatryczne,
- świadczenia dzienne terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych,
- świadczenia dzienne leczenia zaburzeń nerwicowych.

Zmiany obszarów kontraktowania miały na celu zabezpieczenie dostępności do tych świadczeń zdrowotnych, które z uwagi na udzielanie ich w warunkach dziennych, powinny być blisko miejsca zamieszkania pacjenta. W odniesieniu do dwóch zakresów, w których obszar kontraktowania został zmieniony, celu tego nie osiągnięto, bowiem na ogłoszone postępowania konkursowe nie wpłynęła żadna oferta (więcej na ten temat w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Uwagi dotyczące badanej działalności”).

(Dowód: akta kontroli str. 258-266)

1.1.5. W okresie objętym kontrolą do Oddziału wpłynęły uwagi konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie kardiologii dotyczące kontraktowania świadczeń zdrowotnych:

1. Pismem z 21 października 2014 r. w sprawie ograniczonej dostępności pacjentów do rehabilitacji kardiologicznej, w tym rehabilitacji w warunkach dziennych, która w województwie podlaskim nie była dostępna. W odpowiedzi dyrektor Oddziału stwierdził, że POW NFZ zapewnia rehabilitację kardiologiczną, bowiem ma zawartą umowę z jednym świadczeniodawcą, zaś nakłady na rehabilitację kardiologiczną w województwie podlaskim systematycznie wzrastają i są zbliżone do średniej ogólnopolskiej sumy nakładów na rehabilitację kardiologiczną w warunkach stacjonarnych oraz w oddziale/ośrodku dziennym. Pierwotny plan zakupu tych świadczeń na 2015 rok wynosił 3.830,8 tys. zł i był o 16% wyższy od pierwotnego planu na 2014 rok (3.302,8 tys. zł), zaś wykonano go w wysokości 4.294,3 tys. zł (o 1,6% wyższej niż rok wcześniej).

(Dowód: akta kontroli str. 272-280)

2. W dniu 14 lipca 2015 r. konsultant wnosił o rozszerzenie wskazań do stosowania rehabilitacji kardiologicznej na pacjentów po wszystkich operacjach kardiologicznych. W odpowiedzi Dyrektor POW NFZ wskazał, że właściwym do zmiany przepisów jest Minister Zdrowia i Prezes NFZ.

(Dowód: akta kontroli str. 281-284)

3. W dniu 24 listopada 2015 r. konsultant wojewódzki w dziedzinie kardiologii zwrócił się do dyrektora POW NFZ o zakontraktowanie rehabilitacji kardiologicznej w SP ZOZ w Hajnówce, który był przygotowany do świadczenia tych usług. Z odpowiedzi Dyrektora Oddziału wynika, że POW NFZ miał zawartą umowę z jednym świadczeniodawcą na udzielanie tych świadczeń oraz, że w województwie podlaskim nakłady na ten cel na 10.000 ubezpieczonych są wyższe od średniej ogólnopolskiej.

(Dowód: akta kontroli str. 285-290)

Ustalone
nieprawidłowości

Uwagi dotyczące
badanej działalności

W działalności Oddziału w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę na to że:

1. W 2015 roku tylko do jednego miejsca w województwie podlaskim (w Augustowie) ograniczony był dostęp pacjentów do rehabilitacji kardiologicznej, mimo wniosków w tej sprawie konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie kardiologii, który stwierdził, że do udzielania tych świadczeń przygotowany jest także SP ZOZ w Hajnówce, oraz

⁹ Zwane dalej „PPZ”.

znacznej odległości z Augustowa do miejscowości w południowej części województwa¹⁰. Dopiero w trakcie obecnej kontroli NIK rozstrzygnięto postępowania konkursowe na udzielanie tych świadczeń w trybie stacjonarym (w SP ZOZ w Hajnówce) i w trybie dziennym przez dwa podmioty medyczne (w Białymstoku i Łomży).

(Dowód: akta kontroli str. 991-994)

2. Do jednego miejsca w województwie podlaskim ograniczony był nadal dostęp do świadczeń w rodzaju AOS w zakresie geriatry. Już po kontroli przeprowadzonej w 2014 roku w POW NFZ¹¹ NIK zwracała uwagę na pogorszenie dostępu pacjentów – zwłaszcza z Łomży i z powiatu łomżyńskiego – do tych świadczeń, spowodowane zakontraktowaniem ich od 2012 roku jedynie w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Białymstoku (dalej „SP ZOZ MSW w Białymstoku”), chociaż wcześniej świadczył je także Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży. W konsekwencji ze świadczeń tych w latach 2012 – 2014 (do końca sierpnia) w SP ZOZ MSW w Białymstoku skorzystało jedynie 29 pacjentów zamieszkałych w Łomży i powiecie łomżyńskim, podczas gdy tylko w 2011 roku było ich 194 w Szpitalu Wojewódzkim w Łomży (pacjentów przyjmowano bez kolejki) i dwóch w SP ZOZ MSW w Białymstoku. W 2015 roku w stosunku do roku poprzedniego do 33 dni wzrósł czas oczekiwania na udzielenie świadczenia w przypadkach pilnych (w 2014 roku nie było w tej kategorii osób oczekujących), zaś do 124 dni w przypadkach stabilnych (103 dni w 2014 roku).

(Dowód: akta kontroli str. 564-571, 995-996)

Według wyjaśnień p.o. dyrektora Oddziału, podczas sporządzania planu zakupów świadczeń w zakresie geriatry (AOS) na 2015 rok, kierowano się prognozą wykonania tych świadczeń w roku poprzednim (89% planu zakupu na 2014 rok). Dążono również do wyrównania dostępności do świadczeń w stosunku do średniej krajowej, uzyskując 133 jednostki na 10 tys. ubezpieczonych, podczas gdy średnia krajowa wynosiła 125/10 tys. ubezpieczonych. P.o. dyrektora Oddziału podała również, że świadczenioborca nie wykorzystał całości przyznanego limitu świadczeń.

(Dowód: akta kontroli str. 1018-1020)

W ocenie NIK, niepełne wykonanie limitu świadczeń w zakresie geriatry może być właśnie wynikiem ograniczenia do jednego miejsca ich udzielania. Zwłaszcza, że świadczenia te dotyczą osób starszych, dla których bariera odległości jest bardzo istotna.

3. Nieskuteczna okazała się zmiana obszaru kontraktowania z województwa podlaskiego do grupy powiatów w zakresie świadczenia dziennych terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych, której celem było udzielanie tych świadczeń bliżej miejsc zamieszkania pacjentów z powiatów położonych wokół Suwałk i Łomży. Na ogłoszone postępowania konkursowe nie wpłynęły oferty i tym samym pacjenci z miejscowości oddalonych od Białegostoku mieli nadal ograniczony dostęp do korzystania z tych świadczeń. Z wyjaśnień pracownika Oddziału zajmującego się kontraktowaniem opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień wynika, że POW NFZ nie miał rozpoznania o ewentualnych potrzebach pacjentów zamieszkujących obszar dawnego województwa łomżyńskiego i suwalskiego, zaś ogłoszenie konkursu i późniejsza realizacja umowy miały ewentualnie dać informację o zapotrzebowaniu na te świadczenia. Z wyjaśnień byłego dyrektora POW NFZ wynika, że zmiana obszaru miała na celu zabezpieczenie lepszej dostępności do tych świadczeń na obszarze byłego województwa łomżyńskiego i suwalskiego.

(Dowód: akta kontroli str. 315-317)

4. Częściowo nieskuteczna była również zmiana obszaru kontraktowania z województwa podlaskiego do grupy powiatów w zakresie świadczenia dziennego leczenia zaburzeń nerwicowych. Na konkurs obejmujący grupę powiatów z północy województwa¹² nie wpłynęły bowiem oferty. W tym przypadku POW NFZ miał dane o wszystkich pacjentach korzystających dotychczas z pomocy pięciu podmiotów ulokowanych

¹⁰ Np. 205 km z Drohiczyzna.

¹¹ Kontrola „Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym” (P/14/062).

¹² Powiaty: augustowski, sejneński, suwalski i Miasto Suwałki.

w Białymstoku. Wynikało z nich, że z 307 pacjentów 261 mieszkało w Białymstoku i powiecie białostockim, zaś pozostałe były z innych powiatów, w tym łomżyńskiego. Z terenu dawnego województwa suwalskiego, z pomocy w tym zakresie korzystał jeden pacjent mieszkający w powiecie augustowskim.

5. Na ogłoszone przez POW NFZ postępowania konkursowe w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresach program leczenia substytucyjnego¹³ oraz świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży, nie wpłynęły oferty i tym samym na obszarze województwa podlaskiego Oddział nie zabezpieczał dostępu do tych świadczeń. Z danych POW NFZ wynika, że w 2014 roku dziewięć osób korzystało z programu leczenia substytucyjnego w ośrodkach położonych w innych województwach. Zapotrzebowanie na świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży szacowane są przez Oddział na 16 łóżek. Pacjenci korzystają z leczenia w podmiotach znajdujących się w sąsiednich województwach oraz sporadycznie w oddziałach dla dorosłych z województwa podlaskiego – wówczas POW NFZ na wniosek świadczeniodawcy finansuje leczenie (dotyczy to pacjentów w wieku 15 – 18 lat).
(Dowód: akta kontroli str. 267-268 i 317)

1.2. Przygotowanie planu finansowego Oddziału na 2015 rok

Opis stanu
faktycznego

Wysokość planowanych na 2015 rok kosztów zadań Oddziału ustalono na podstawie założeń określonych przez Prezesa NFZ, przekazanych wraz z prognozą kosztów na lata 2015 – 2017¹⁴. W dniu 5 czerwca 2014 r. POW NFZ przekazał Prezesowi NFZ prognozę kosztów na 2015 rok wraz z częścią opisową, ze szczególnością do rodzaju świadczeń zdrowotnych. Opracowano ją biorąc pod uwagę także finansowanie kosztów w związku z projektowaną zmianą w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁵, dotyczącą tzw. „szybkiej ścieżki onkologicznej” (w rodzajach POZ, AOS, SZP).
(Dowód: akta kontroli str. 291-303)

Plan zakupu świadczeń na 2015 rok zakładał skorzystanie z możliwości przedłużenia terminu obowiązywania umów realizowanych w 2014 roku na okres nie dłuższy niż do 30 czerwca 2016 r., na podstawie art. 23 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw¹⁶. Sporządzono go z uwzględnieniem danych dotyczących czasu oczekiwania pacjentów na udzielenie świadczenia. Stosownie do rekomendacji Prezesa NFZ¹⁷, przyjęto następujące założenia dotyczące finansowania świadczeń zabiegowych w ramach AOS:

- w przypadku prognozowanego procentowego udziału punktów na świadczenia zabiegowe powyżej średniej ogólnopolskiej, przyjęto liczbę punktów zgodną z prognozą wykonania przez danego świadczeniodawcę w 2014 roku;
- w przypadku prognozowanego procentowego udziału punktów na świadczenia zabiegowe poniżej średniej ogólnopolskiej, przyjęto liczbę punktów na poziomie tego wskaźnika, wyliczoną na podstawie planu zakupu na 2014 rok.

W planie zakupu na 2015 rok zrealizowano ww. założenia, oprócz świadczeń zabiegowych w zakresie chirurgii szczękowo-twarzowej, ponieważ na terenie województwa podlaskiego świadczenia te były udzielane tylko przez jeden podmiot, który realizował je poniżej 52% udziału zakładanego przez Prezesa NFZ. W związku z tym Oddział zaplanował udział świadczeń zabiegowych w tym zakresie na poziomie 43,28% (realizacja za 2012 rok będący punktem wyjścia do wyliczeń wynosiła 36,19%, zaś w 2013 i 2014 roku także była poniżej 52%).
(Dowód: akta kontroli str. 169-170 i 304-311)

W 2015 roku ceny zakupu świadczeń zdrowotnych nie zmieniły się w stosunku do 2014 roku, bowiem umowy na 2015 rok były przedłużane aneksami na warunkach ustalonych podczas postępowań głównych z 2011 roku.
(Dowód: akta kontroli str. 312)

¹³ Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 1 marca 2013 r. w sprawie leczenia substytucyjnego (Dz. U. poz. 368), program ten polega na leczeniu osób uzależnionych od opiatów poprzez podawanie produktów leczniczych lub środków odurzających o działaniu agonistycznym na receptor opioidowy.

¹⁴ Pismo z 4 czerwca 2014 r., które opisano w pkt. 1.1. niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

¹⁵ Dz. U. z 2015 r. poz. 581, ze zm.

¹⁶ Dz. U. poz. 1138.

¹⁷ Pismo NFZ/CF/DSOZ/2013/075/1211/W/23170/KW z 21 sierpnia 2013 r.

Prognozowane na 2015 rok koszty zakupu świadczeń opieki zdrowotnej (1.958.113 tys. zł) zostały w trakcie roku zwiększone do 2.044.715 tys. zł (wykonanie wyniosło 2.025.203 tys. zł – więcej o wykonaniu planu finansowego w pkt. 3 wystąpienia pokontrolnego). W porównaniu do 2014 roku planowane koszty zakupu świadczeń opieki zdrowotnej były o 4,9% wyższe (1.949.083 tys. zł w 2014 roku), zaś wykonanie – o 5,8% (1.913.736 tys. zł w 2014 roku). (Dowód: akta kontroli str. 313-314)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności Oddziału w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie proces planowania zakupu świadczeń zdrowotnych i sporządzania planu finansowego POW NFZ na 2015 rok. Jednak dopiero w planie zakupów na 2016 rok uwzględniono uwagę konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie kardiologii, dotyczącą potrzeby zwiększenia dostępności do rehabilitacji kardiologicznej. Nadal pozostaje aktualna uwaga NIK z 2014 roku o istotnym pogorszeniu dostępności pacjentów do świadczeń w rodzaju AOS w zakresie geriatry.

2. Kontraktowanie świadczeń na 2015 rok ze szczególnym uwzględnieniem zapewnienia równomiernego dostępu

2.1. Kontraktowanie świadczeń

Opis stanu
faktycznego

2.1.1. W 2015 roku dyrektor Oddziału dochował procedury kontraktowania świadczeń określonej przez Prezesa NFZ¹⁸. (Dowód: akta kontroli str. 315-316)

W planie zakupu świadczeń zdrowotnych na 2015 rok zakładano we wszystkich rodzajach aneksowanie dotychczas zawartych umów ze świadczeniodawcami. Zaplanowano również przeprowadzenie 20 postępowań konkursowych, z których ośmiu w 2015 roku nie ogłoszono, gdyż świadczeniodawców wyłoniono w drodze postępowań przeprowadzonych w 2014 roku (postępowanie te ujęto w planie na 2015 rok, bowiem liczone się z możliwością nierozstrzygnięcia konkursu w 2014 roku). W 2015 roku przeprowadzono więc 12 postępowań wynikających z planu zakupu oraz 35, które nie były wcześniej przewidziane, z tego:

- 16 dotyczyło realizacji programów lekowych, w tym 14 wynikało z wprowadzenia przez Ministra Zdrowia nowych programów lekowych, zaś dwa postępowania (w drodze rokowań) związane były ze zgłoszeniem się pacjentów spełniających kryteria kwalifikujące do istniejących wcześniej programów lekowych;
- 11 z powodu rozwiązania umowy z dotychczasowym świadczeniodawcą;
- osiem w celu zwiększenia dostępności pacjentów do świadczeń zdrowotnych.

W ogólnej liczbie 47 postępowań, 17 dotyczyło programów lekowych (w tym jedno zakładane w planie zakupu na 2015 rok), osiem było w rodzaju PSY, po sześć w rodzajach AOS i SZP, cztery w rodzaju STM, trzy w rodzaju SOK, dwa w PPZ oraz jedno w rodzaju OPH. Spośród ogłoszonych konkursów, 11 nie rozstrzygnięto, ponieważ nie wpłynęły na nie oferty. (Dowód: akta kontroli str. 258-266 i 318)

2.1.2. Szczegółową kontrolą objęto dokumentację siedmiu następujących postępowań konkursowych:

- w rodzaju SZP, w zakresach:
 - kardiologia – hospitalizacja wraz z zakresem skojarzonym kardiologia hospitalizacja E11, E12, E13, E14, dla powiatów: augustowskiego, sejneńskiego i suwalskiego oraz Miasta Suwałki. Postępowanie ogłoszono w związku z wypowiedzeniem umowy przez dotychczasowego świadczeniodawcę,
 - anestezjologia i intensywne terapia – hospitalizacja dla obszaru województwa podlaskiego. Według uzasadnienia, ogłoszenie postępowania poza planem zakupów nastąpiło w celu zwiększenia dostępności do tych świadczeń,
 - ortopedia i traumatologia narządu ruchu – hospitalizacja, w tym ortopedia i traumatologia narządu ruchu – hospitalizacja H11, ortopedia i traumatologia narządu ruchu hospitalizacja – pakiet onkologiczny. Obszar objęty konkursem

¹⁸ Procedura nr 2015/001/BO/KONTR/5.11.

obejmował powiaty: grajewski, kolneński, łomżyński, zambrowski i Miasto Łomża. Konkurs ogłoszono poza planem zakupu w celu zwiększenia dostępności do świadczeń;

- w rodzaju AOS, w zakresach:
 - badania rezonansu magnetycznego (MR) dla powiatów: białostockiego, bielskiego, hajnowskiego, monieckiego, siemiatyckiego, sokólskiego i Miasta Białostok. Według uzasadnienia, ogłoszenie postępowania poza planem zakupów nastąpiło w celu zwiększenia dostępności do tych badań,
 - świadczenia w zakresie kardiologii, wraz z zakresem skojarzonym: świadczenia pierwszorazowe, dla obszaru powiatu bielskiego (dwa postępowania), które nie były ujęte w planie zakupów na 2015 rok. Wszczęto je z powodu rozwiązania umowy z dotychczasowym świadczeniodawcą (wypowiedzenie na podstawie § 7 ust. 2 umowy¹⁹),
 - świadczenia w zakresie badania endoskopowego przewodu pokarmowego – gastroscopia, dla obszaru powiatu grajewskiego. Powodem wszczęcia postępowania (nieujętego w planie zakupu) było wypowiedzenie umowy z dotychczasowym świadczeniodawcą.

Na podstawie analizy dokumentacji ww. postępowań ustalono, że we wszystkich postępowaniach:

- członkowie komisji złożyli oświadczenia, iż nie zachodzą wobec nich przesłanki wyłączenia z postępowania,
- Oddział zakładał zawarcie umowy tylko z jednym oferentem, w związku z czym nie zachodziła potrzeba ustalenia zasad podziału środków pomiędzy oferentami,
- proponowane przez oferentów liczby jednostek rozliczeniowych były takie same jak podawane przez POW NFZ w ogłoszeniach o wszczęciu postępowań konkursowych. Proponowane przez oferentów ceny punktu rozliczeniowego były zaś takie same jak oczekiwane w przypadku konkursów w rodzaju SZP, a w AOS były na poziomie oczekiwanym lub niższym (w dwóch postępowaniach konkursowych).

(Dowód: akta kontroli str. 319-374)

Spośród siedmiu postępowań konkursowych, które objęto kontrolą, w dwóch komisje konkursowe przeprowadziły negocjacje:

- w rodzaju SZP na zakres: kardiologia – hospitalizacja wraz z zakresem skojarzonym kardiologia hospitalizacja E11, E12, E13, E14, przedmiotem negocjacji była proponowana przez oferenta liczba jednostek rozliczeniowych, która odbiegała od liczby jaką chciał zakontraktować Oddział (różnice wynosiły od jednego do pięciu punktów). W wyniku postępowań uzgodniono liczbę jednostek na poziomie wynikającym z oczekiwań POW NFZ,
- w rodzaju AOS w zakresie kardiologii, wraz z zakresem skojarzonym: świadczenia pierwszorazowe, dla obszaru powiatu bielskiego, negocjacje przeprowadzono tylko z jednym oferentem, co było wynikiem uwzględnienia odwołania od rozstrzygnięcia tego postępowania i ogłoszenia nowego konkursu (zagadnienie szczegółowo opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”).

W pozostałych postępowaniach konkursowych nie prowadzono negocjacji (wpłynęła tylko jedna oferta, ewentualne negocjacje nie zmieniłyby wyniku postępowania).

Zgodnie z § 12 ust. 2 pkt 6 zarządzenia Nr 12/2015/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 13 lutego 2015 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oferty były sporządzane w formie papierowej oraz na nośniku elektronicznym (do ofert dołączano płytę CD). Dane z nośnika elektronicznego były wgrywane do programu komputerowego POW NFZ, który m.in. dokonywał obliczenia liczby punktów każdej z ofert. Przeprowadzone przez kontrolującego wraz z przewodniczącym komisji konkursowej wyliczenia, potwierdziły prawidłowość naliczenia przez system komputerowy wartości punktowej ofert (sprawdzono prawidłowość naliczenia punktów w dwóch postępowaniach, na które wpłynęła więcej niż jedna oferta i które zostały

¹⁹ Zgodnie z § 7 ust. 2 umowy, każda ze stron może rozwiązać umowę za 3-miesięcznym okresem wypowiedzenia.

rozstrzygnięte). Kryteria dotyczące jakości i ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych określone były w załączniku do zarządzenia Nr 3/2014/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 23 stycznia 2014 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

(Dowód: akta kontroli str. 326-329)

W próbie objętej kontrolą, czas rozpatrywania ofert od dnia przekazania ich do komisji konkursowych do dnia rozstrzygnięcia postępowania wynosił od czterech do 15 dni. We wszystkich postępowaniach powołano zespoły do przeprowadzenia weryfikacji oferentów w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie ze stanem faktycznym. W dwóch przypadkach stwierdzono w tym zakresie rozbieżności, co szczegółowo opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji „Ustalone nieprawidłowości”. Zespoły weryfikujące sprawdzały m.in., czy wykazywany przez oferentów sprzęt RTG był dopuszczony do użytkowania przez powołane do tego organy²⁰. W ocenie przewodniczących komisji konkursowych, osobom biorącym udział w jej pracach nie brakowało czasu na przeprowadzenie czynności. (Dowód: akta kontroli str. 387-388)

Czas udzielania świadczeń w rodzaju AOS był weryfikowany przez komisje konkursowe. W jednym przypadku komisja konkursowa stwierdziła elementy sporne harmonogramu pracy w ofercie z potencjałem wykorzystywanym do realizacji wcześniej podpisanej umowy z Oddziałem na świadczenia w tym samym zakresie, których oferent nie wyjaśnił, w związku z czym ofertę odrzucono²¹. (Dowód: akta kontroli str. 326-327)

2.1.3. W 2015 roku Oddział ogłosił 12 postępowań konkursowych w rodzaju SZP i AOS, z których osiem zakończyło się zawarciem umów (pozostałe unieważniono lub pozostały nierozstrzygnięte). Nie było przypadków prowadzenia postępowań dodatkowych na wniosek świadczeniodawców. Powodem ogłoszenia postępowań było rozwiązanie umów z dotychczasowymi świadczeniodawcami (sześć postępowań) i zwiększenie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej (cztery konkursy).

W trybie art. 161b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w 2015 roku ogłoszono jedno postępowanie dodatkowe, w wyniku którego zawarto umowę z Uniwersyteckim Szpitalem Klinicznym na udzielanie świadczeń w zakresie terapii hiperbarycznej. Przyczyną prowadzenia konkursu w tym trybie było niespełnienie przez ten podmiot warunku przeszkolenia pielęgniarek w zakresie medycyny nurkowej i hiperbarycznej. Z tego powodu obniżono cenę oczekiwaną z 12 zł za jednostkę rozliczeniową do 11,50 zł. (Dowód: akta kontroli str. 258-264 i 312)

2.1.4. W 2015 roku wartość zawartych umów na jednego ubezpieczonego wynosiła, w zależności od rodzaju świadczeń, od 3,52 zł (PPZ) do 826 zł w rodzaju SZP, a w roku poprzednim odpowiednio 3,89 zł i 786 zł w tych samych rodzajach świadczeń. Z kolei w AOS, wartość umów w przeliczeniu na jednego ubezpieczonego w 2015 roku wyniosła 165,87 zł i była większa o 4,3% niż w 2014 roku (159,09 zł). Wartość zrealizowanych świadczeń na jednego świadczeniobiorcę w rodzaju SZP wyniosła w 2015 roku 3.898 zł, zaś w AOS 300,15 zł i była wyższa niż w 2014 roku odpowiednio o 4,3% i 3,4%. Najwięcej środków w przeliczeniu na jednego świadczeniobiorcę w 2015 roku wydatkowano w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień (20.035 zł) oraz na świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze (11.114 zł). (Dowód: akta kontroli str. 258-264, 312, 404)

2.1.5. W 2015 roku POW NFZ wydatkował na leczenie mieszkańców województwa podlaskiego na obszarze działania innych oddziałów wojewódzkich 148.226,4 tys. zł, tj. o 2.010,4 tys. zł mniej niż w 2014 roku. Udział tych kosztów w 2015 roku w kosztach świadczeń opieki zdrowotnej stanowił 7,33%. Na leczenie pacjentów z innych województw Oddział poniósł koszty w kwocie 122.494,6 tys. zł (o 5.686,84 tys. zł mniej niż w 2014 roku), co stanowiło 6,14% kosztów świadczeń opieki zdrowotnej Oddziału. Największe koszty

²⁰ Zrealizowane zostały wnioski Delegatury NIK w Białymstoku po kontroli „Kontraktowanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia” (P/12/145) przeprowadzonej w Oddziale w 2013 roku. NIK wniosowała m.in. o zgodne z procedurą weryfikowanie ofert, weryfikowanie wszystkich oferentów, którzy nie mieli wcześniej zawartej umowy o udzielanie świadczeń w zakresie, na który została złożona oferta oraz o sprawdzanie podczas kontroli świadczeniodawców dokumentacji dopuszczającej do użytkowania urządzenia RTG.

²¹ Dotyczyło to oferty TMS „Diagnostyka” na wykonywanie badań MR.

poniesione na rzecz świadczeń udzielanych poza województwem podlaskim dotyczyły leczenia szpitalnego w kwocie 92.870,7 tys. zł i leczenia uzdrowiskowego (16.902 tys. zł). Koszty leczenia pacjentów spoza województwa podlaskiego u świadczeniodawców, z którymi Oddział miał zawarte umowy dotyczyły głównie leczenia szpitalnego (79.393,7 tys. zł) oraz opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (15.671,9 tys. zł).

(Dowód: akta kontroli str. 425-427)

2.1.6. POW NFZ przeprowadził postępowania na świadczenia zdrowotne główne w 2011 roku (było to przedmiotem kontroli NIK przeprowadzonej w 2013 roku), zaś w 2015 roku przeprowadzono postępowania uzupełniające. Na podstawie analizy 10 umów zawartych ze świadczeniodawcami po postępowaniach konkursowych przeprowadzonych w 2015 roku ustalono, że w umowach (także aneksach do tych umów) nie zmieniano cen za jednostkę rozliczeniową, ustalonych podczas konkursów²².

(Dowód: akta kontroli str. 258-264, 318, 405)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności Oddziału w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Po rozwiązaniu umowy z dotychczasowym jedynym świadczeniodawcą (po 1 grudnia 2015 r.) Oddział na obszarze powiatu bielskiego nie zapewnił dostępności do świadczeń AOS w zakresie kardiologii wraz z zakresem skojarzonym: świadczenia pierwszorazowe. Było to wynikiem nieprawidłowości podczas postępowania w tym zakresie, które ogłoszono 16 października 2015 r., polegającej na zaproszeniu do negocjacji tylko jednego z dwóch oferentów, którzy złożyli ważne oferty, czym naruszono art. 142 ust. 7 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Przepis ten stanowi, że komisja konkursowa ma obowiązek przeprowadzić negocjacje z co najmniej dwoma oferentami, o ile w konkursie bierze udział więcej niż jeden. W przedmiotowym konkursie udział brał SP ZOZ w Bielsku Podlaskim i „Kardiomedica” Demianiuk i Partnerzy Lekarze w Bielsku Podlaskim, którzy przeszli weryfikację i zostali zakwalifikowani do części niejawnego postępowania. Komisja konkursowa do negocjacji zakwalifikowała pierwszego z oferentów, który podczas negocjacji obniżył proponowaną cenę za punkt rozliczeniowy z 9,10 zł do 8,55 zł i który został wybrany do zawarcia umowy. Od rozstrzygnięcia odwołanie wniosła „Kardiomedica”, które decyzją dyrektora POW NFZ z 30 listopada 2015 r. zostało uwzględnione, z powodu nieprzeprowadzenia negocjacji z tym oferentem.

(Dowód: akta kontroli str. 339-373)

Przewodnicząca komisji konkursowej wyjaśniła, że komisja uznała, iż skoro „Kardiomedica” w ofercie zaproponowała 8,55 zł za punkt rozliczeniowy, za co uzyskała maksymalną liczbę 20 punktów, to zaproszenie do negocjacji nie zmieni liczby punktów.

(Dowód: akta kontroli str. 388)

W wyniku uwzględnienia odwołania „Kardiomedica”, dyrektor Oddziału ogłosił 5 kwietnia 2016 r. następne postępowanie na udzielanie ww. świadczeń, które zostało unieważnione (komisja konkursowa 12 maja 2016 r. odrzuciła wszystkie oferty z powodu podania w nich nieprawdziwych informacji dotyczących spełniania jednego z warunków dodatkowo ocenianych²³), zaś kolejne postępowanie (zakończone podczas kontroli NIK) również nie zakończyło się wyborem oferenta (oferenci – ci sami, którzy uczestniczyli w dwóch poprzednich postępowaniach – uzyskali jednakową liczbę punktów).

(Dowód: akta kontroli str. 390-400 i 411)

2. W opisanym powyżej postępowaniu konkursowym nierzetelnie sporządzono „Ranking kwalifikacyjny z propozycjami Funduszu” z 13 listopada 2015 r. Komisja konkursowa odnotowała w nim bowiem, że ofercie SP ZOZ w Bielsku Podlaskim przyznano 20 zamiast 14,21 pkt. należne za ofertę cenową. Faktycznie cena jednostki rozliczeniowej proponowana na ten dzień (przez tego oferenta) wynosiła 9,10 zł, zaś dopiero podczas negocjacji przeprowadzonych 16 listopada 2015 roku obniżono ją

²² Analizą objęto wszystkie rozstrzygnięte postępowania w rodzajach SZP i AOS (siedem umów), dwa w rodzaju SOK oraz jedno z rodzaju PSY.

²³ zapewnienie dostępu do badania echokardiograficznego przezprzełykowego

do 8,55 zł, co uprawniało do przyznania 20 pkt. Podobnie było z liczbą punktów w kryterium kompleksowość, gdyż w Rankingu datowanym na 13 listopada 2015 r. „Kardiomedice” wpisano liczbę punktów, którą komisja konkursowa ustaliła w dniu 16 listopada 2015 r. (Dowód: akta kontroli str. 339-346)

Z wyjaśnień przewodniczącej komisji konkursowej wynika, że „Ranking kwalifikacyjny z propozycjami Funduszu” datowany na 13 listopada 2015 r. został faktycznie wydrukowany 16 listopada 2015 r.. Datę 13 listopada 2015 r. wstawiła przewodnicząca komisji konkursowej, bowiem zaginęł ranking, który wydrukowano 13 listopada 2015 r. Nie sprawdzono danych zawartych w rankingu wydrukowanym 16 listopada 2015 r. (Dowód: akta kontroli str. 388-389)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że:

1. Komisja konkursowa nie zapewniła jednolitości postępowania podczas postępowań mających na celu wyłonienie świadczeniodawców w rodzaju AOS w zakresie kardiologii, wraz z zakresem skojarzonym: świadczenia pierwszorazowe, dla obszaru powiatu bielskiego.

Podczas pierwszego postępowania, prowadzonego w IV kwartale 2015 roku, komisja konkursowa stwierdziła, że jeden z oferentów („Kardiomedica”) nieprawidłowo wypełnił część ankietową formularza ofertowego, dotyczącą spełniania warunku dodatkowo ocenianego. Komisja postanowiła zmienić odpowiedź z „TAK” na „NIE” w kryterium „kompleksowość” gdyż podczas weryfikacji okazało się, że oferent nie zapewnia możliwości kontroli urządzeń wszczepialnych serca w lokalizacji, przewidzianej warunkami określonymi przez Ministra Zdrowia. Zmiana odpowiedzi skutkowałą zmniejszeniem z 5,0 do 1,36 liczby punktów przyznanych „Kardiomedica” w tym kryterium. Zgodnie z art. 149 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przedstawienie przez oferenta nieprawdziwych informacji skutkować powinno odrzuceniem oferty.

Przewodnicząca komisji konkursowej wyjaśniła m.in., że komisja konkursowa uznała, iż oferent mógł mieć trudności interpretacyjne z odpowiedzią na pytanie i definicją „lokalizacji”, w związku z czym bardziej zasadna była zmiana odpowiedzi w części elektronicznej oferty niż jej odrzucenie. Ponadto pytanie i odpowiedź dotyczyła warunku dodatkowo ocenianego, a nie bezwzględnie wymaganego.

(Dowód: akta kontroli str. 339-346, 401-402)

W następnym zaś postępowaniu konkursowym dotyczącym tego zakresu i obszaru (przeprowadzonym w okresie 5 kwietnia – 12 maja 2016 r.), komisja konkursowa w innym składzie, w identycznej sytuacji odrzuciła oferty obu oferentów („Kardiomedica” i SP ZOZ w Bielsku Podlaskim), którzy podali nieprawdziwe dane w tym samym zakresie, dotyczącym spełniania warunku dodatkowo ocenianego. W uzasadnieniu decyzji komisja podała, że: *„Przedstawienie przez oferenta nieprawdziwych informacji (...) dyskwalifikuje ofertę poprzez jej automatyczne odrzucenie (...) działając zgodnie z normą wyrażoną w art. 149 ust. 1 pkt 2 ustawy (...), który to nie pozostawia z jednej strony żadnych wątpliwości interpretacyjnych, z drugiej zaś obliuguje komisję konkursową do podjęcia decyzji o odrzuceniu oferty(...)”*. (Dowód: akta kontroli str. 374-386)

Przewodniczący komisji konkursowej wyjaśnił, że: *„W ocenie nowej komisji konkursowej, która знаła okoliczności poprzedniego postępowania konkursowego, oferent wiedział już po wcześniejszym postępowaniu, że zaznacza niewłaściwą odpowiedź. Działał więc z premedytacją i z tego powodu komisja podjęła decyzję o odrzuceniu oferty, zawierającej nieprawdziwe informacje”*. *„Musieliśmy w tym postępowaniu potraktować jednakowo (równo) obu oferentów, zwłaszcza że dotyczyło to tego samego pytania”*. (Dowód: akta kontroli str. 403)

2. Z danych Działu Kadr POW NFZ wynika, że przewodniczący komisji konkursowych, których działalność objęto kontrolą NIK, nie byli szkoleni w zakresie postępowań konkursowych. Według wyjaśnień naczelnika Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej, *„Zasadą było dobieranie składu komisji konkursowych w taki sposób, aby udział w nich brały osoby już doświadczone oraz takie, które nigdy takiej*

Ocena cząstkowa

możliwości nie miały. Było to zamierzone aby się nauczyły i zweryfikowały literalną treść procedury w kontekście funkcjonalności systemu. Przewodniczący komisji (...) są doświadczonymi pracownikami biorącymi udział w pracach komisji. Z posiadanych przeze mnie informacji, Centrala NFZ nie przeprowadzała szkoleń dla pracowników oddziałów wojewódzkich". (Dowód: akta kontroli str. 428-429 i 551)

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, proces kontraktowania świadczeń na 2015 rok. Wyjątkiem jest postępowanie w sprawie zapewnienia pacjentom z powiatu bielskiego dostępu do świadczeń w rodzaju AOS w zakresie kardiologii, które – z powodu nieprawidłowego postępowania komisji konkursowej – należało powtórzyć. W konsekwencji od 1 grudnia 2015 r. nie zabezpieczono na tym obszarze dostępu do ambulatoryjnych świadczeń kardiologicznych. Nierzetelnie dokumentowana była część postępowania konkursowego ogłoszonego 16 października 2015 r. na udzielanie świadczeń w rodzaju AOS w zakresie kardiologii na obszarze powiatu bielskiego. NIK już w 2013 roku wniosowała do POW NFZ o dokumentowanie przebiegu postępowań konkursowych w sposób pozwalający na odtworzenie ich rzeczywistego przebiegu²⁴.

3. Wykonanie planu zakupów świadczeń zdrowotnych oraz planu finansowego

3.1. Realizacja planu zakupów świadczeń

Opis stanu faktycznego

3.1.1. Kontrola dostępności pacjentów do wytypowanych przez NIK rodzajów i zakresów świadczeń zdrowotnych wykazała, że w 2015 roku Oddział zapewnił dostęp we wszystkich powiatach z obszaru województwa podlaskiego do świadczeń z zakresu POZ oraz świadczeń ogólnostomatologicznych. Na całym obszarze województwa podlaskiego nie zapewniono dostępu do: rehabilitacji pulmonologicznej oraz rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu wzroku (POW NFZ w latach 2014 – 2015 nie przeprowadzał postępowań w sprawie zawarcia umów na udzielanie tych świadczeń). W poszczególnych powiatach ograniczony był dostęp do następujących świadczeń:

- stomatologiczna pomoc doraźna, która udzielana była tylko w Białymstoku (Oddział w 2011 roku przeprowadził postępowanie konkursowe dla obszaru województwa podlaskiego, na które wpłynęły tylko trzy oferty – wszystkie na udzielanie świadczeń w Białymstoku),
- program profilaktyki raka piersi – etap podstawowy w trybie stacjonarnym – zapewniono realizację świadczeń w Białymstoku i Suwałkach, a dodatkowo świadczenia w tym zakresie udzielane były w trybie mobilnym na podstawie umowy z jednym świadczeniodawcą,
- program profilaktyki raka szyjki macicy – etap podstawowy, do którego nie zapewniono dostępu na obszarze powiatu łomżyńskiego z powodu braku świadczeniodawców (w Mieście Łomża świadczenia zakontraktowano w sześciu podmiotach),
- endokrynologia w rodzaju AOS, do których – z powodu braku świadczeniodawców – nie zapewniono dostępu na obszarze powiatów sokólskiego, białostockiego (w Mieście Białystok świadczeń udzielało 10 podmiotów), siemiatyckiego, grajewskiego, łomżyńskiego (w Mieście Łomża jeden podmiot udzielał tych świadczeń), sejneńskiego i suwalskiego (w Mieście Suwałki jeden podmiot udzielał tych świadczeń),
- rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym, do której nie zapewniono dostępu na obszarze powiatu siemiatyckiego, białostockiego, monieckiego, grajewskiego, łomżyńskiego, wysokomazowieckiego, zambrowskiego, augustowskiego, sejneńskiego i suwalskiego,
- ogólnostomatologiczne świadczenia dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia, do których nie zapewniono dostępu w powiecie sejneńskim, suwalskim, sokólskim, monieckim, kolneńskim, łomżyńskim i białostockim,
- ortodoncja dla dzieci i młodzieży – z powodu braku świadczeniodawców nie zapewniono dostępu na obszarze powiatu siemiatyckiego i monieckiego,

²⁴ Kontrola „Kontraktowanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia” (P/12/145).

– protetyka stomatologiczna, do której nie zapewniono dostępu w powiatach: białostockim, łomżyńskim i suwalskim.

Wartość zrealizowanych w 2015 roku świadczeń w wyżej wymienionych zakresach była na poziomie zbliżonym do wykonanego w 2014 roku.

(Dowód: akta kontroli str. 406-407 i 424)

W 2015 roku Oddział nie zabezpieczał dostępu do świadczeń zdrowotnych w 53 zakresach, z tego na 41 zakresów POW NFZ nie ogłaszał postępowań konkursowych (w 2015 roku jak i latach wcześniejszych). W pozostałych zakresach konkursy były ogłaszane, lecz nie doprowadziły wyboru świadczeniodawcy (brak ważnych ofert).

(Dowód: akta kontroli str. 408-412, 1014-1015)

Z wyjaśnień p.o. dyrektora Oddziału wynika, że przyczyną braku zabezpieczenia dostępu do świadczeń zdrowotnych jest głównie brak świadczeniodawców spełniających wymogi dotyczące warunków udzielania świadczeń i deklarujących chęć zakontraktowania świadczeń oraz specjalistyczny zakres świadczeń, do których rzadko zgłaszają się pacjenci (np. toksykologia, wrodzone wady metabolizmu dzieci).

(Dowód: akta kontroli str. 1007-1013)

Według wyjaśnień kierownika Działu Kontraktowania Świadczeń POW NFZ, wiedza o braku świadczeniodawców wynikała z braku deklaracji potencjalnych oferentów, oraz z danych zawartych w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

(Dowód: akta kontroli str. 1016-1017)

Do jednego miejsca na obszarze województwa podlaskiego ograniczony był dostęp pacjentów do świadczeń zdrowotnych w 65 zakresach, w tym 19 dotyczących chorób dzieci (np. w SZP: alergologia, choroby zakaźne, czy w AOS: diabetologia, leczenie wad postawy u dzieci i młodzieży).

(Dowód: akta kontroli str. 1005-1006)

3.1.2. W 2015 roku Oddział rozwiązał z 36 świadczeniodawcami umowy dotyczące udzielania świadczeń zdrowotnych w 54 zakresach, w tym z pięcioma realizującymi programy lekowe w czterech zakresach. W 27 kolejnych zakresach umowy rozwiązano na wniosek świadczeniodawców, w 17 zakresach rozwiązano umowy z trzema świadczeniodawcami, u których stwierdzono nieprawidłowości podczas kontroli przeprowadzonej przez Oddział. W pozostałych zaś, powodem rozwiązania było niespełnianie przez świadczeniodawców warunków określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych²⁵, braku wymaganego personelu lekarskiego lub niezgodnienia warunków finansowania.

(Dowód: akta kontroli str. 413-423 i 536)

Przyczyną rozwiązania ośmiu umów dotyczących programów lekowych (z pięcioma podmiotami) była głównie zmiana przepisów, powodująca włączenie dotychczasowych pacjentów do innego programu lekowego (np. z programu leczenia bendamustyną chłoniaków niezłośliwych o powolnym przebiegu opornych na rytuksymab do programu chemioterapii) lub wyłączenie niektórych pacjentów z programu lekowego (chemioterapia niestandardowa).

(Dowód: akta kontroli str. 537-538)

W przypadku rozwiązania lub wygaśnięcia umowy ze świadczeniodawcą, Oddział w 2015 roku nie informował bezpośrednio świadczeniobiorców zapisanych na liście oczekujących, o rozwiązaniu umowy oraz o terminie możliwości skorzystania z pomocy medycznej u innego świadczeniodawcy. W 2015 roku świadczeniodawcy nie przekazywali do POW NFZ list osób, którym nie zostały udzielone świadczenia z powodu rozwiązania lub wygaśnięcia umowy – przepis nakładający taki obowiązek wszedł w życie 1 stycznia 2016 r.²⁶. Podmiot, który zaprzestał udzielania świadczeń w ramach umowy z POW NFZ, usuwany był z wyszukiwarki internetowej Oddziału. Informacja o zawartych umowach z innymi świadczeniodawcami w danym zakresie oraz o terminie udzielenia świadczenia była zamieszczona na stronie internetowej Oddziału.

²⁵ Dz. U. poz. 1505 ze zm.

²⁶ § 13 ust. 6 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków o udzielanie świadczeń zdrowotnych (Dz. U. poz. 1400, ze zm.).

Według wyjaśnień p.o. dyrektora Oddziału, w 2015 roku obowiązek informowania świadczeniobiorców wpisanych na listę oczekujących u świadczeniodawcy, z którym NFZ zakończył wykonywanie umowy²⁷, POW NFZ realizował „(...) wykorzystując: udostępnione na stronie internetowej wyszukiwarki (informatory o zawartych umowach oraz informator o kolejkach oczekujących, infolinie a także udzielał informacji zainteresowanym w drodze bezpośrednich rozmów jak i rozmów telefonicznych (...).” Od 2016 roku Oddział informuje świadczeniobiorców pisemnie (listem poleconym) o możliwości udzielenia świadczenia u innych świadczeniodawców oraz o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia.

(Dowód: akta kontroli str. 551-554, 1018-1020)

3.1.3. W planie zakupu świadczeń zdrowotnych na 2015 rok Oddział określił 13 priorytetów regionalnych, z których zakładane wskaźniki zrealizowano w następujących priorytetach:

- zabezpieczenie dostępu do świadczeń w zakresie dializoterapii otrzewnowej na dotychczasowym poziomie,
- zapewnienie pacjentom dostępności do leczenia onkologicznego w ramach leczenia szpitalnego w terminie umożliwiającym zachowanie ciągłości procesu terapeutycznego,
- zabezpieczenie dostępu do świadczeń w ZOL dla pacjentów wentylowanych mechanicznie,
- kompleksowa opieka nad pacjentem z chorobą nowotworową,
- zwiększenie ilości i wartości świadczeń w zakresach onkologicznych i nieonkologicznych zgodnie z aktualnymi potrzebami, wynikającymi z poziomu realizacji świadczeń opieki zdrowotnej,
- skrócenie czasu oczekiwania na rozpoczęcie leczenia w zakresie programu lekowego leczenie WZW typu C i B,
- poprawa dostępności do świadczeń w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym,
- poprawa dostępności do świadczeń w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna,
- zwiększenie dostępności do świadczeń w hospicjum domowym,
- zwiększenie dostępu do świadczeń onkologicznych i nieonkologicznych dla pacjentów z terenu województwa podlaskiego.

Nie zrealizowano wskaźników w trzech priorytetach:

- zabezpieczenie dostępności do świadczeń stacjonarnych w zakresie świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży, bowiem na ogłoszony konkurs nie wpłynęła żadna oferta (zagadnienie opisano w pkt. 1.1. wystąpienia pokontrolnego),
- zwiększenie dostępności do świadczeń psychogeriatrycznych, gdyż nie osiągnięto zakładanego zwiększenia dostępności do tych świadczeń poprzez zwiększenie wartości umów o ok. 10% w stosunku do umów z 2014 roku. Taki wzrost wartości umów został przyjęty podczas opracowywania planu zakupu świadczeń na podstawie danych z wykonania świadczeń w połowie 2014 roku. Jednak prognozy późniejsze wskazywały, że 10% wskaźnik nie będzie zrealizowany, w związku z czym zwiększono wartość umów o 3,95%. Zrealizowano zaś drugi wskaźnik tego priorytetu: zwiększenie dostępności do świadczeń w zakresie świadczenia dzienne psychogeriatryczne poprzez zwiększenie wartości umów o ok. 5% w stosunku do umów z 2014 roku, a także przeprowadzenie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie świadczenia dzienne psychogeriatryczne,
- zwiększenie o 22,76% dostępności do świadczeń dla osób niepełnosprawnych leczonych w znieczuleniu ogólnym – podobnie jak w wyżej opisanym priorytecie, potrzeby zwiększenia dostępności nie potwierdził poziom realizacji tego świadczenia w 2014 roku, w związku z czym pierwotna liczba zakontraktowanych świadczeń była wyższa tylko o 0,5% od zakontraktowanych na 2014 rok (wykonanie było jeszcze niższe o 0,9%).

(Dowód: akta kontroli str. 490, 555-563)

²⁷ Art. 20 ust. 10d ww. ustawy (obowiązujący od 1 stycznia 2015 r.) stanowi, że oddział wojewódzki Funduszu informuje w każdy dostępny sposób świadczeniobiorców wpisanych na listę oczekujących u świadczeniodawcy, który zakończył wykonywanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o możliwości udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej przez innych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z tym oddziałem, oraz o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia.

Z porównania danych Oddziału dotyczących pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia wynika, że:

- wg stanu na koniec czerwca 2014 r., w przypadkach pilnych średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia w 44 zakresach (spośród 215 zakontraktowanych przez POW NFZ) wynosił siedem i więcej dni, zaś w przypadkach stabilnych, tyle czasu oczekiwano w 140 zakresach świadczeń zdrowotnych;
- wg stanu na koniec 2015 r., w przypadkach pilnych średni czas oczekiwania w 58 zakresach świadczeń (na 204 zakontraktowane) wynosił siedem i więcej dni, a w przypadkach stabilnych, taki czas oczekiwania dotyczył 119 zakresów.

Wg stanu na koniec 2015 r., wydłużył się średni czas oczekiwania na udzielenie pięciu z 10 poddanych analizie zakresów świadczeń²⁸, w których na koniec I połowy 2014 r. czas oczekiwania był najdłuższy:

- w zakresie programu ortodontycznej opieki nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki i zakresu świadczenia ortodoncji dla dzieci i młodzieży, czas oczekiwania wydłużył się z 73 do 97 dni (w przypadkach stabilnych uległ skróceniu z 649 do 407 dni),
- na badanie rezonansu magnetycznego oczekiwanie wzrosło z 47 do 80 dni (przypadki stabilne ze 119 do 196 dni),
- na rehabilitację ogólnoustrojową w ośrodku dziennym czas oczekiwania wydłużył się z 39 do 54 dni (przypadki stabilne ze 113 do 172 dni),
- na hospitalizację w zakresie chirurgii naczyniowej czas oczekiwania wzrósł z 47 do 89 dni (w przypadkach stabilnych zmniejszył się ze 191 do 172 dni),
- w zakresie immunologii (AOS) oczekiwanie wzrosło z 24 do 31 dni (skróceniu uległo w przypadkach stabilnych z 73 do 59 dni).

W próbie objętej kontrolą skróceniu uległ, w przypadkach pilnych, czas oczekiwania na:

- hospitalizację neurochirurgiczną (z 62 do 16 dni),
- świadczenia w zakresie neurochirurgii (AOS) z 38 do 19 dni (wydłużył się czas oczekiwania dla pacjentów stabilnych z 72 do 99 dni),
- hospitalizację okulistyczną z 32 do 15 dni,
- świadczenia w zakresie endokrynologii z 52 dni do 46 (przypadki stabilne z 208 do 139 dni)²⁹.

W odniesieniu do świadczeń zdrowotnych rejestrowanych od 2015 roku w centralnym systemie AP-KOLCE, w przypadkach pilnych wzrósł średni czas oczekiwania na:

- endoprotezoplastykę stawu biodrowego z 90 do 93 dni (w przypadkach stabilnych uległ skróceniu z 265 do 216 dni),
- endoprotezoplastykę stawu kolanowego ze 140 do 166 dni (w przypadkach stabilnych wydłużył się z 303 do 442 dni).

Skróceniu uległ czas oczekiwania na usunięcie zwężenia tętnicy wieńcowej (angioplastyka) z 15 do 11 dni w stanach pilnych (z 38 do 15 dni w stanach stabilnych) oraz na zabieg w zakresie soczewki (operacja zaćmy) ze 146 do 107 dni w stanach pilnych (w stanach stabilnych wydłużył się z 380 do 453 dni). (Dowód: akta kontroli str. 564-577)

Według wyjaśnień naczelnika Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej, świadczenia ortodoncji dla dzieci i młodzieży nie zostały uwzględnione przy opracowywaniu priorytetów regionalnych na 2015 rok. Czas oczekiwania na udzielenie świadczenia nie jest jedynym czynnikiem brany pod uwagę przy opracowywaniu priorytetów regionalnych oraz planu zakupów. W zakresie ortodoncji dla dzieci i młodzieży istotna jest ograniczona liczba specjalistów w tym zakresie oraz trend społeczny korzystania z tych świadczeń. W odniesieniu do badań przy użyciu rezonansu magnetycznego, w planie zakupu na 2015 rok POW NFZ nie zwiększył ilości świadczeń, bowiem wprowadzany był pakiet onkologiczny, w ramach którego m.in. wykonywane są takie badania i w tym pakiecie nie są one limitowane. (Dowód: akta kontroli str. 932-944)

²⁸ Analizą objęto rodzaje: AOS, SZP, PSY, REH, STM, ŚOK, SPO i OPH.

²⁹ Od kwietnia 2015 roku świadczenia w rodzaju AOS w zakresie endokrynologii sprawozdawane są w systemie AP-KOLCE, w którym łącznie podawany jest czas oczekiwania na udzielenie świadczenia na rzecz dzieci i dorosłych.

Ustalono
nieprawidłowości

W działalności Oddziału w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że:

1. Oddział nie zabezpieczał dostępu do świadczeń w 53 zakresach, z tego na 41 zakresów nie ogłaszał postępowań konkursowych. W ocenie NIK brak dysponowania przez Oddział informacją o potencjalnych świadczeniodawcach do realizacji niezabezpieczonych zakresów świadczeń zdrowotnych, nie jest wystarczającą przesłanką do nieogłaszania konkursów. Ogłoszenie postępowania może być informacją dla świadczeniodawców o zasadności zorganizowania warunków do udzielania tych świadczeń. Także długi czas oczekiwania pacjentów na udzielenie świadczeń zdrowotnych jest istotnym ograniczeniem dostępu do uzyskania tych świadczeń, zwłaszcza w przypadku pacjentów, którzy w trybie pilnym powinni mieć udzielone świadczenie.

2. Oddział nie zrealizował wskaźników w zaplanowanych na 2015 rok trzech priorytetach regionalnych.

Według wyjaśnień dyrektora Oddziału, na dzień ustalania priorytetów (tj. połowa 2014 roku) nie było przesłanek pozwalających stwierdzić, że ich realizacja będzie ograniczona lub niemożliwa. Priorytety te ustalane były na podstawie prognoz wykonania świadczeń w 2014 roku, które później się nie sprawdziły. W przypadku świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży, na ogłoszone postępowanie konkursowe nie wpłynęła zaś żadna oferta.

(Dowód: akta kontroli str. 490, 555-563, 1018-1022)

3.2. Kontrola realizacji umów

Opis stanu
faktycznego

3.2.1. W 2015 roku Oddział nie opłacił nadwykonań za świadczenia nie objęte limitami w kwocie 614.893 zł (nadwykonanie jednego świadczeniodawcy opłacono na mocy ugody kwotą 3,7 tys. zł, która obciążała koszty 2016 roku), z tego 389.132 zł w AOS (dotyczyło to 45 podmiotów leczniczych). Głównymi powodami nieopłacenia świadczeń było:

- rozwiązanie umów na dany zakres z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawców, dotyczący kwoty 274.474 zł,
- brak potencjału świadczeniodawcy do wykonania większej liczby świadczeń na kwotę 139.361 zł,
- niezłożenie przez świadczeniodawców wniosków o opłacenie 66.876 zł nadwykonań.

W 2015 roku Oddział był pozwany o zapłatę nadwykonań przez jednego świadczeniodawcę – sprawa dotyczyła rozliczeń z 2013 roku. (Dowód: akta kontroli str. 430-434, 689, 854)

W 2015 roku Oddział miał zawarte umowy z 18 podmiotami na udzielanie nielimitowanych świadczeń w zakresie ginekologii i położnictwa. Nadwykonania wykonało dziewięciu z nich na kwotę 468.252 zł i zostały one w całości opłacone. (Dowód: akta kontroli str. 435)

3.2.2. W okresie objętym kontrolą Oddział monitorował na bieżąco realizację umów przez świadczeniodawców. W przypadku mniejszego niż zakontraktowano wykonania proponowana była zmiana wartości umowy, która wymagała zgody świadczeniodawcy. Kierownik Działu Planowania i Analiz Ekonomicznych POW NFZ wyjaśnił: „Zmiany umów mające na celu zmniejszenie ich wartości z powodu niewykonania dokonywane są najczęściej w IV kwartale, tzn. po październiku, bowiem mniejsza realizacja jest często spowodowana okresem wakacyjnym, aczkolwiek pojedyncze zmiany proponujemy wprowadzać także po I kwartale danego roku. NFZ nie może bez zgody drugiej strony zmniejszyć wartości umowy – potrzebna jest do tego wola dwóch stron. Po stwierdzeniu, że prognozowane jest niewykonanie umowy przez świadczeniodawcę, sporządzany jest wniosek o zmianę umowy (na ogół zbiorczo w sprawie wielu świadczeniodawców) i po jego zatwierdzeniu do podmiotu leczniczego jest wysyłany aneks umowy z proponowaną zmianą wraz z pismem przewodnim informującym o przyczynie zmiany (...) Świadczeniodawca, jeśli się zgadza na nowe warunki podpisuje aneks, jeśli się nie zgodzi – wartość umowy pozostaje niezmienną. (Dowód: akta kontroli str. 491-492 i 517-535)

Wartość niewykonanych świadczeń na koniec kolejnych kwartałów 2015 roku wyniosła: 27.860,4 tys. zł, 34.334,2 tys. zł, 42.458,5 tys. zł i 33.653,3 tys. zł, zaś po podpisaniu aneksów rozliczających rok wynosiła 899,9 tys. zł. (Dowód: akta kontroli str. 578-600)

Szczegółową analizą objęto wartość niewykonanych umów w rodzaju SZP i AOS przez pięciu świadczeniodawców³⁰, którzy mieli największą wartość ich niewykonania na koniec I połowy 2015 r. (13.790,9 tys. zł). Ustalono, że:

- w analogicznym okresie 2014 roku wszystkie objęte analizą podmioty miały niewykonane świadczenia, przy czym ich wartość była niższa niż na koniec I połowy 2015 r.,
- wartość niewykonanych umów, po podpisaniu aneksów rozliczających, wyniosła w 2015 roku 28.961 zł (po rozliczeniu 2014 roku – 36.554 zł),
- w związku z niezrealizowaniem świadczeń w poszczególnych zakresach, na wnioski świadczeniodawców Oddział dokonywał przesunięć środków kontraktu na realizację innych zakresów świadczeń,
- zwiększenie wartości kontraktu, mimo jego niewykonania na 30 czerwca 2015 r., następowało, gdy w trakcie kolejnych miesięcy dochodziło do nadwykonań.

(Dowód: akta kontroli str. 601-610, 804-822)

3.2.3. W 2015 roku zawarto umowy z 14 świadczeniodawcami, którzy po raz pierwszy w danym zakresie podjęli się udzielania świadczeń zdrowotnych. Zgodnie z pkt. 4.15 „Procedury konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”³¹, wszyscy nowi świadczeniodawcy byli podczas postępowania konkursowego weryfikowani pod kątem prawdziwości danych zawartych w ofertach (w jednym przypadku stwierdzono podanie nieprawdy – zagadnienie opisano w pkt. 2 wystąpienia pokontrolnego).

(Dowód: akta kontroli str. 539-541)

Na podstawie oględzin raportów statystycznych przesłanych w 2015 roku przez największych świadczeniodawców w rodzaju AOS³² ustalono, że system informatyczny POW NFZ automatycznie weryfikował poprawność ich sporządzenia.

(Dowód: akta kontroli str. 542-544)

W 2015 roku Oddział przeprowadził u świadczeniodawców 82 kontrole – więcej na ten temat w pkt. 4 niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności Oddziału w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

3.3. Realizacja planu finansowego

Opis stanu
faktycznego

Pierwotny plan finansowy Oddziału na 2015 rok zakładał poniesienie kosztów w wysokości 2.050.041 tys. zł, z tego 1.963.976 tys. zł kosztów świadczeń zdrowotnych. Według stanu na 31 grudnia 2015 r. planowane koszty wzrosły do 2.130.798 tys. zł, z tego koszty świadczeń zdrowotnych wzrosły do 2.044.715 tys. zł (96% kosztów ogółem). Poniesione zaś koszty w 2015 roku wyniosły 2.109.275 tys. zł. Najwięcej (2.025.203 tys. zł) przeznaczono na świadczenia zdrowotne, których wartość była o 111.466,8 tys. zł (o 5,8%) wyższa od wartości w 2014 roku. (Dowód: akta kontroli str. 436-439, 444-445)

Prognozowany plan kosztów na 2015 rok zmieniany był jeszcze w 2014 roku, w wyniku rozwiązania rezerwy migracyjnej w kwocie 135.042 tys. zł (środkami tymi zwiększono plan kosztów w niektórych rodzajach świadczeń zdrowotnych) oraz na podstawie decyzji Prezesa NFZ, w wyniku której zwiększono go o 5.863 tys. zł, z przeznaczeniem na sfinansowanie kosztów leczenia szpitalnego w zakresie świadczeń wysokospecjalistycznych. (Dowód: akta kontroli str. 436-437, 440-442)

³⁰ Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku (7.175,8 tys. zł niewykonanych na I połowę 2015 roku w SZP i AOS); Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny w Białymstoku (1.205 tys. zł); Białostockie Centrum Onkologii (2.976,5 tys. zł); Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży (1.879,1 tys. zł); Szpital Wojewódzki im. Dr. L. Rydygiera w Suwałkach (554,5 tys. zł).

³¹ Procedura nr 2015/001/BO/KONTR/5.11.

³² Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku, Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny w Białymstoku, Wojewódzki Szpital Zespolony im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku.

W trakcie 2015 roku plan kosztów świadczeń zdrowotnych zwiększony był o 80.739 tys. zł na podstawie sześciu decyzji Prezesa NFZ, tj. do 2.044.715 tys. zł. Zwiększenia przeznaczone były głównie na finansowanie wzrostu stawki kapitałowej w POZ (o 33.017 tys. zł), świadczenia udzielane przez pielęgniarki i położne po 1 września 2015 r. (o 10.207 tys. zł), wzrost stawki za działalność szpitalnych oddziałów ratunkowych i izb przyjęć (o 5.957 tys. zł). (Dowód: akta kontroli str. 436-437, 443)

W 2015 roku Oddział poniósł koszty finansowania nowych zakresów (zadań) na kwotę 58.087 tys. zł (tj. takich, które nie występowały lub nie były wyodrębnione w 2014 roku), w tym:

- 18.981,6 tys. zł na pakiet onkologiczny i diagnostykę onkologiczną,
- 12.500,3 tys. zł na procedury wysokospecjalistyczne,
- 11.388,8 tys. zł na świadczenia pierwszorazowe,
- 9.772,2 tys. zł na podwyżki wynagrodzeń pielęgniarek i położnych.

(Dowód: akta kontroli str. 823-826)

W 2015 roku w planie finansowym Oddziału dokonano czterech zmian polegających na przesunięciu środków, z tego:

- jedną zmianę wprowadził Prezes NFZ w trybie art. 124 ust. 4 i 9 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (zmiana polegała na przesunięciu 30 tys. zł w planie kosztów administracyjnych Oddziału),
- trzy zmiany zostały wprowadzone przez dyrektora POW NFZ na podstawie art. 124 ust. 5 ww. ustawy, z tego dwie dotyczyły głównie przesunięć środków w ramach leków stosowanych w chemioterapii i refundacji środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego (decyzje z 13 sierpnia i 26 października 2015 r.), a decyzją z 31 grudnia 2015 r. zwiększenia m.in. planu kosztów w rodzaju SZP (leczenie w oddziałach) o 14.209 tys. zł (1.750,9 tys. zł na świadczenia nielimitowane), na refundację leków (o 7.268 tys. zł), w rodzaju PSY (o 2.210 tys. zł) i na rehabilitację leczniczą (o 1.091 tys. zł).

Środki na zwiększenia planu kosztów pochodziły ze zmniejszeń w pozostałych rodzajach świadczeń oraz zmniejszenia planu w pozycji „koszty rozliczeń z lat ubiegłych”.

(Dowód: akta kontroli str. 446-489)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności Oddziału w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

3.3.1. Przychody

Opis stanu
faktycznego

3.3.1.1. W 2015 roku Oddział uzyskał przychody w kwocie 2.090.651 tys. zł, o 87.192 tys. zł (o 4,2%) wyższe niż w 2014 roku (2.003.459 tys. zł). Podstawowym źródłem przychodów były środki na składki na ubezpieczenie zdrowotne (2.003.805 tys. zł) przekazywane z Centrali NFZ, oraz dotacja z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego (69.307 tys. zł) przekazywana przez Wojewodę Podlaskiego. Oddział otrzymał środki finansowe, o które wnioskował³³.

(Dowód: akta kontroli str. 313-314, 444-445, 976-982)

Stan środków pieniężnych na początek 2015 r. wynosił 15 tys. zł i był o 17 tys. zł (o 53,1%) niższy w porównaniu do stanu na 1 stycznia 2014 r. (32 tys. zł). Natomiast na 31 grudnia 2015 r. wynosił on 51 tys. zł, co oznacza wzrost o 240% w porównaniu do stanu na koniec roku poprzedniego. (Dowód: akta kontroli str. 545-546)

3.3.1.2. Należności krótkoterminowe Oddziału zmniejszyły się z 8.371 tys. zł wg stanu na początek 2015 r. do 6.297 tys. zł na 31 grudnia 2015 r., tj. o 2.074 tys. zł (o 24,8%), w tym należności od świadczeniodawców – z 8.244 tys. zł do 6.057 tys. zł (o 2.187 tys. zł, tj. o 25,6%). Spadek należności odnotowano także w 2014 roku z 9.186 tys. do 8.371 tys. zł,

³³ Centrala NFZ przekazywała Oddziałowi środki finansowe we wszystkie dni robocze, na podstawie trzydniowych prognoz płatności/zobowiązań, sporządzanych przez Wydział Księgowości i stosownie do postanowień „Procedury przekazywania oddziałom wojewódzkim NFZ środków finansowych w celu bieżącego regulowania zobowiązań”, wprowadzonej zarządzeniem nr 22/2005 Prezesa NFZ z 21 lutego 2005 r., zmienionym zarządzeniami nr 110/20105 z 30 grudnia 2005 r., nr 22/2011/DEF z 1 czerwca 2011 r. i nr 112/2014/DEF z 19 marca 2014 r.

tj. o 815 tys. zł (o 8,9%), w tym należności od świadczeniodawców z 8.984 tys. zł do 8.244 tys. zł (o 740 tys. zł, tj. o 8,2%).

Na koniec 2015 r. należności wymagalne wynosiły 56 tys. zł i były niższe o 553 tys. zł od stanu na 31 grudnia 2014 r. (609 tys. zł). Powodem było głównie zmniejszenie z 599 tys. zł do 9 tys. zł należności wymagalnych od świadczeniodawców. W 2015 roku Oddział wyegzekwował 565 tys. zł (92,8% należności wykazanych w ewidencji księgowej na 31 grudnia 2014 r.), w tym 555 tys. zł od świadczeniodawców. Natomiast należności wymagalne z tytułu kary umownej w wysokości 9 tys. zł (wg stanu na koniec 2015 r.), naliczonej świadczeniodawcy w wyniku przeprowadzonej kontroli, zostały uregulowane 12 stycznia 2016 r. Zgodnie z wnioskiem świadczeniodawcy, po wyczerpaniu postępowania odwoławczego, Oddział dokonał potrącenia kary z bieżącej płatności.

(Dowód: akta kontroli str. 547-550, 611-634, 924)

Kwota należności Oddziału z tytułu sfinansowania świadczeń zdrowotnych na rzecz osób nieubezpieczonych lub nieuprawnionych, na koniec 2015 r. wynosiła 45 tys. zł³⁴ i była o 34 tys. zł (o 309,1%) wyższa niż wg stanu na 31 grudnia 2014 r. (11 tys. zł). Natomiast zaległości z tego tytułu wzrosły z 8 tys. zł do 22 tys. zł, tj. o 175%. Jak wyjaśniła główna księgowa POW NFZ, wzrost należności wynikał ze zwiększenia ilości wydawanych decyzji administracyjnych i zmniejszenia liczby osób regulujących zobowiązania.

(Dowód: akta kontroli str. 635-636, 927)

3.3.1.3. Analiza sześciu losowo wybranych postępowań windykacyjnych należności z tytułu świadczeń zdrowotnych udzielonych osobom nieuprawnionym (14% zaległości tego rodzaju wg stanu na koniec 2015 r., dochodzonych od 43 świadczeniobiorców) wykazała, że Oddział podejmował odpowiednie działania:

- w pięciu przypadkach, gdy dłużnik po upływie 14-dniowego terminu od otrzymania decyzji dyrektora Oddziału ustalającej obowiązek poniesienia kosztów udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej, nie spłacił zobowiązania, POW NFZ – stosownie do art. 15 § 1 ustawy z dnia 17 czerwca 1966 r. o postępowaniu egzekucyjnym w administracji³⁵ – bezzwłocznie skierował wezwania do uregulowania należności,
- jeden dłużnik po otrzymaniu decyzji dokonał częściowej wpłaty i wystąpił z wnioskiem o rozłożenie na raty pozostałych 422,46 zł,
- w dwóch przypadkach, po bezskutecznym wezwaniu, wystawiono tytuły wykonawcze i przesłano je do urzędów skarbowych do egzekucji (w jednej sprawie postępowanie egzekucyjne zakończyło się wyegzekwowaniem całej należności w kwocie 3.230,90 zł, zaś w kolejnej odzyskano 1.196,26 zł z 4.921,09 zł),
- w jednym przypadku dłużnikowi przywrócono termin do wniesienia odwołania od decyzji dyrektora Oddziału (na dzień zakończenia kontroli NIK postępowanie było w toku),
- w trzech przypadkach, na wniosek dłużnika, dyrektor Oddziału zawarł ugodę i rozłożył spłatę zobowiązania na raty. Wszystkie osoby uregulowały zobowiązania przed wyznaczonym terminem.

(Dowód: akta kontroli str. 925-926)

Odpisy aktualizacyjne należności wzrosły ze 157 tys. zł na koniec 2014 r. do 236 tys. zł na 31 grudnia 2015 r., tj. o 79 tys. zł.

(Dowód: akta kontroli str. 549-550)

Ustalone
nieprawidłowości

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

3.3.2. Koszty

3.3.2.1. W 2015 roku Oddział poniósł koszty w wysokości 2.109.275,1 tys. zł, co stanowiło 98,99% zakładanego planu (2.130.798 tys. zł). W porównaniu do wykonania w 2014 roku (1.996.913,4 tys. zł) oznacza to wzrost o 5,6%. Powodem zrealizowania kosztów w wysokości o 21.523 tys. zł niższej od planowanej było niższe o 19.512 tys. zł wykonanie kosztów świadczeń zdrowotnych. Koszty administracyjne POW NFZ były niższe od zakładanych o 1.009,2 tys. zł i wynikały z mniejszych nakładów na zakupu usług

³⁴ Należność główna, w tym 18 tys. zł z tytułu roszczeń regresowych wskutek korzystania przez osoby nieuprawnione ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez inne państwa UE i 27 tys. zł z tytułu korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej na terenie RP przez osoby nieubezpieczone.

³⁵ Dz. U. z 2016 r. poz. 599, ze zm.

związanych z utrzymaniem systemu informatycznego, niższego zużycia energii i materiałów biurowych. Mniejsze o 910,8 tys. zł były również koszty związane z utworzonymi rezerwami na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych, na odpisy aktualizujące należności i koszty sądowe. W 2015 roku wynik finansowy Oddziału był ujemny (18.623,59 tys. zł). Zgodnie z zasadami obowiązującymi w NFZ, różnica zostanie pokryta z centralnego funduszu zapasowego. (Dowód: akta kontroli str. 444-445, 495-515, 997-999)

Koszty świadczeń zdrowotnych zrealizowano w wysokości mniejszej o 19.512 tys. zł od planowanej, z tego:

- 16.094 tys. zł to środki zaplanowane na koszty refundacji leków, które zgodnie z art. 74 ust. 3 i 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych³⁶, nie mogą być przeznaczone na finansowanie innych kosztów,
- 691,9 tys. zł w leczeniu szpitalnym (z wyłączeniem kosztów leków w programach lekowych i chemioterapii, które były wliczone do puli kosztów refundacji),
- 617,3 tys. zł to zaplanowane koszty opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień,
- 491,2 tys. zł na finansowanie kosztów profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych NFZ. (Dowód: akta kontroli str. 444)

Przyczyną niewykorzystania środków było niższe od zakładanego zapotrzebowanie na refundację leków oraz mniejsza liczba pacjentów objętych programami profilaktycznymi. W odniesieniu do rodzajów: SZP i PSY, niższe wykonanie spowodowane było brakiem możliwości wykorzystania środków finansowych z tytułu rozliczeń migracji z innymi oddziałami wojewódzkimi NFZ. Oddział otrzymał środki z innych oddziałów już po całkowitym rozliczeniu i opłaceniu roku 2015 (razem z nadwykonaniami).

(Dowód: akta kontroli str. 491-492)

3.3.2.2. W okresie objętym kontrolą świadczeniodawcy wykazywali zarówno świadczenia wykonane ponad limit, jak i niepełne wykonanie umów (opis niepełnego wykonania umów znajduje się w pkt. 3.2. niniejszego wystąpienia pokontrolnego). Zasady realizacji zadań związanych z zawieraniem aneksów rozliczających oraz ugód pozasądowych do umów obowiązujących w 2015 roku, ustalone zostały zarządzeniem dyrektora POW NFZ z 25 stycznia 2016 r., wydany na podstawie art. 107 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Jednym z warunków zawarcia przez Oddział aneksu rozliczającego lub ugody, było zrzeczenie się przez świadczeniodawcę prawa do dochodzenia roszczeń wynikających z umowy, stanowiącej podstawę zawarcia aneksu (ugody), zarówno istniejących jak i mogących powstać w przyszłości (§ 4 zarządzenia). W załączniku do zarządzenia ustalone zostały zasady finansowania nadwykonań, od zakresów które należy opłacić w 100% (świadczenia nielimitowane) do pozostałych zakresów, którym przypisane zostały odpowiednie wagi.

(Dowód: akta kontroli str. 827-852)

W 2015 roku 460 podmiotów leczniczych (spośród 591, z którymi w 2015 roku Oddział miał zawarte umowy w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych) zgłosiło nadwykonania na 99.241,6 tys. zł, z czego opłacono 76.869,7 tys. zł (77,5% nadwykonań), w tym:

- 74.533,9 tys. zł na mocy aneksów rozliczających umowy za 2015 rok,
- 2.335,8 tys. zł w wyniku zawartych ugód.

Zgodnie z zasadami ustalonymi w ww. zarządzeniu dyrektora POW NFZ, w 100% opłacono nadwykonania na kwotę 22.715,7 tys. zł, zaś 54.154 tys. zł przeznaczono na opłacenie niepełnej kwoty nadwykonań – opłacono od 30% do 96% wartości zgłoszonej przez świadczeniodawców. Świadczeniodawcy, na mocy zawartych aneksów rozliczających i ugód, zrzekli się roszczeń z tytułu nadwykonań na kwotę 21.760,7 tys. zł. Ponadto nie opłacono 611,2 tys. zł nadwykonań (przyczyny opisano w pkt. 3.2 niniejszego wystąpienia). (Dowód: akta kontroli str. 853-917)

Środki na opłacenie nadwykonań pochodziły głównie z przesunięć w planie finansowym dokonanych 31 grudnia 2015 r. (17.117,6 tys. zł), zmniejszenia wartości umów z powodu ich niewykonania (31.796,7 tys. zł), niewykorzystania 9.702 tys. zł na rozliczenia między innymi

³⁶ Dz. U. z 2015 r. poz. 345, ze zm.

oddziałami wojewódzkimi (z tytułu migracji pacjentów), nierozdysponowania w trakcie roku 14.994,6 tys. zł. (Dowód: akta kontroli str. 918)

Wartość największych nadwykonań zgłoszonych Oddziałowi przez pięciu świadczeniodawców³⁷, na koniec 2015 r. (przed zawarciem aneksów rozliczających) wyniosła 54.916,6 tys. zł. Oddział sfinansował je do wysokości 43.953,8 tys. zł (80% zgłoszonej kwoty). Z pozostałej części świadczeniodawcy zrezygnowali.

(Dowód: akta kontroli str. 919)

Według stanu na koniec 2015 r. wartość niewykonanych świadczeń przed zawarciem aneksów rozliczających wyniosła 33.653,3 tys. zł, zaś po ich podpisaniu 899,9 tys. zł. Największe wartości niewykonanych świadczeń wystąpiły:

- w leczeniu szpitalnym i wyniosły 27.102 tys. zł, zaś po podpisaniu aneksów rozliczających 170,8 tys. zł,
- w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej – 3.949 tys. zł (274,4 tys. zł po aneksach),
- w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień – 1.038,7 tys. zł (8,4 tys. zł po aneksach rozliczających).

(Dowód: akta kontroli str. 578-600, 945)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności Oddziału w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że mimo niewykonania limitów w niektórych zakresach świadczeń w rodzaju AOS, w pięciu podmiotach objętych analizą³⁸ byli zapisani pacjenci, którzy oczekiwali w kolejce na udzielenie świadczenia. Na przykład:

- Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhofa w Białymstoku nie wykonał badań przy użyciu rezonansu magnetycznego o wartości 79,1 tys. zł, chociaż na koniec 2015 r. w kolejce na badanie w trybie pilnym oczekiwało 14 osób, zaś średni czas oczekiwania wynosił 84 dni (w trybie stabilnym oczekiwały 133 osoby z czasem oczekiwania 211 dni),
- Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhofa w Białymstoku nie wykonał też badań tomografem komputerowym o wartości 18,9 tys. zł, mimo że jedna osoba oczekiwała na badanie w trybie pilnym (11 dni) oraz 24 osoby w trybie stabilnym (czas oczekiwania 21 dni),
- w Białostockim Centrum Onkologii nie wykonano badań tomografem komputerowym o wartości 250,6 tys. zł, chociaż 20 osób oczekiwało na badanie w trybie pilnym oraz 206 w trybie stabilnym (czas oczekiwania 85 dni),
- w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku nie wykonano zaś świadczeń pierwszorazowych w zakresie leczenia chorób naczyń na kwotę 51,5 tys. zł, podczas gdy w kolejce na udzielenie świadczenia oczekiwało 666 osób.

Według wyjaśnień p.o. dyrektora Oddziału, w większości przypadków niepełna realizacja limitów dotyczy zakresów skojarzonych – świadczenia na rzecz pacjentów pierwszorazowych, które wprowadzono od 1 stycznia 2015 r. i jako nowość były trudne we wdrażaniu. Ponadto pacjent już „(...) zdiagnozowany, z wprowadzonym trybem leczenia wymagającym ewentualnych kontroli jest pacjentem „łatwiejszym” niż nowy pacjent, który wymaga kompleksowej oceny stanu zdrowia oraz podjęcia decyzji diagnostycznych i terapeutycznych, co w niektórych przypadkach wpływa na „niewykonanie” umowy w zakresie dedykowanym pacjentom pierwszorazowym (...). Przyczyną długiego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia, przy niepełnej realizacji świadczeń w zakresie skojarzonym mogą być także błędy po stronie Świadczeniodawców w sprawozdawczości dotyczącej czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia. Ponadto brak realizacji umów w 2015 roku dotyczył także kolejnego zakresu skojarzonego dotyczącego diagnostyki onkologicznej w ramach tzw. „pakietu onkologicznego”. Wynikało to w dużej mierze

³⁷ Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku (31.982,6 tys. zł), NZOZ „Procardia” (7.211,8 tys. zł), Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży (5.402,7 tys. zł), Szpital Wojewódzki im. Dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach (5.186,1 tys. zł) i SP ZOZ w Hajnówce (5.133,4 tys. zł).

³⁸ Analizą objęto dane dotyczące pięciu podmiotów wykazujących najwyższe wartości niewykonanych świadczeń przed zawarciem aneksów rozliczających: Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku, Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhofa w Białymstoku, Białostockie Centrum Onkologii, Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży, Szpital Wojewódzki im. Dr. L. Rydygiera w Suwałkach.

z szeregu uwag zgłaszanych przez Świadczeniodawców do „pakietu onkologicznego”, które zgodnie z zapowiedziami Ministerstwa Zdrowia mają być uwzględnione”.

(Dowód: akta kontroli str. 946-954)

3.3.3. Koszty świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom nieubezpieczonym

Opis stanu faktycznego

W latach 2014 – 2015 zapotrzebowanie na środki przeznaczone na sfinansowanie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom nieubezpieczonym, spełniającym kryterium dochodowe³⁹, nie były wyodrębnione w planie finansowym Oddziału. Jak wyjaśniła główna księgowa POW NFZ, środki na ten cel ustalano na podstawie opłaconych faktur za świadczenia udzielone osobom uprawnionym w miesiącach poprzednich (opłat dokonuje się z miesięcznym przesunięciem). Od listopada 2015 roku środki na sfinansowanie tych świadczeń Oddział otrzymywał ryczałtem⁴⁰.

(Dowód: akta kontroli str. 313-314, 444-445, 637)

W 2015 roku świadczeń opieki zdrowotnej udzielono 2.507 osobom nieubezpieczonym, tj. o 1.022 (o 40,8%) więcej niż w 2014 roku (1.485). Wartość udzielonych świadczeń wzrosła z 3.245 tys. zł do 4.199 tys. zł, tj. o 954 tys. zł (o 29,4%). Środki przekazane z budżetu państwa (za pośrednictwem Centrali NFZ) w pełni pokryły koszty tych świadczeń.

(Dowód: akta kontroli str. 638-644)

Ustalone nieprawidłowości

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

3.3.4. Koszty administracyjne Oddziału

Opis stanu faktycznego

3.3.4.1. W 2015 roku koszty administracyjne Oddziału wyniosły 14.561 tys. zł (93,5% planu), były o 780 tys. zł (o 5,7%) wyższe niż w 2014 roku (13.781 tys. zł) i stanowiły 0,7% kosztów ogółem. Najwięcej środków przeznaczono na wynagrodzenia – 9.647 tys. zł (0,5% kosztów ogółem POW NFZ) oraz sfinansowanie składek ubezpieczenia społecznego i innych świadczeń – 2.030 tys. zł. Stanowiły one odpowiednio 66,3% i 13,9% kosztów administracyjnych. Pozostałe koszty obejmowały amortyzację środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych – 1.439 tys. zł, zakup usług obcych – 700 tys. zł, materiałów i energii – 537 tys. zł, pozostałe koszty – 134 tys. zł oraz podatki i opłaty – 74 tys. zł.

(Dowód: akta kontroli str. 645)

3.3.4.2. W 2015 roku przeciętne zatrudnienie w Oddziale wynosiło 164,22 etatu, w tym 31,70 etatu w grupie kadry zarządzającej i 132,52 etatu wśród pracowników zatrudnionych na stanowiskach administracyjnych. Było ono niższe o 13,58 etatu (o 7,6%) od planu (177,80) i o 6,63 etatu (o 4,2%) wyższe od wykonanego w 2014 roku (157,59). Wzrost zatrudnienia w tych grupach pracowników wynosił odpowiednio 2,71 i 3,92 etatu i wynikał głównie z konieczności realizacji nowych zadań, ustalonych ustawą z dnia 10 października 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw⁴¹ i zmian organizacyjnych Oddziału związanych z utworzeniem Wydziału Kontroli oraz wprowadzeniem systemu Elektronicznego Zarządzania Dokumentacją. Ponadto w II kwartale 2015 roku obsadzono stanowisko kierownika Działu Kontroli Aptek, Recept i Ordynacji Lekarskiej. Jak wyjaśniła naczelnik Wydziału Kadr i Szkoleń, zrealizowanie planu zatrudnienia na poziomie 92,4% wynikało z trudności w pozyskaniu pracowników z wykształceniem medycznym i informatycznym, gdyż lekarze na ogół nie są zainteresowani podjęciem pracy w Oddziale, a wynagrodzenie oferowane informatykom nie jest dla nich atrakcyjne.

(Dowód: akta kontroli str. 646-648)

Przeciętne miesięczne wynagrodzenie na etat w 2015 roku wyniosło 4.896 zł, w tym 8.681 zł w grupie kadry zarządzającej i 3.990 zł w grupie pracowników administracyjnych. W porównaniu do 2014 roku było one niższe o 64 zł (4.960 zł), zaś w poszczególnych kategoriach pracowników niższe odpowiednio o 35 zł i 123 zł. (Dowód: akta kontroli str. 646)

³⁹ O których mowa w art. 2 ust.1 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

⁴⁰ W myśl art. 1 ust. 1 ustawy z dnia 25 września 2015 r. o finansowaniu niektórych świadczeń zdrowotnych w latach 2015 – 2018 (Dz. U. poz. 1770), do 31 grudnia 2018 r. NFZ na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b powołanej ustawy, otrzymuje dotację z budżetu państwa w wysokości 320.232 tys. zł rocznie. Minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje do ostatniego dnia każdego miesiąca, do NFZ dotację w wysokości 1/12 tej kwoty.

⁴¹ Dz. U. z 2014 r. poz. 1491.

3.3.4.3. W 2015 roku Oddział zakupił usługi obce (poz. D2 planu finansowego) na kwotę 700 tys. zł, co stanowiło 4,8% kosztów administracyjnych (14.561 tys. zł) oraz 88,3% kosztów tych usług w 2014 roku (793 tys. zł). Obejmowały one: usługi remontowe – 11 tys. zł, telekomunikacyjne – 89 tys. zł, usługi – 251 tys. zł, opłaty czynszowe i dzierżawne – 54 tys. zł, rozwój i utrzymanie systemu informatycznego – 48 tys. zł, usługi dozoru mienia – 57 tys. zł, sprzątanie pomieszczeń – 75 tys. zł, zużycie wyposażenia niematerialnego – 7 tys. zł, usługi transportowe – 3 tys. zł, konserwację i naprawę sprzętu – 31 tys. zł, usługi związane z eksploatacją samochodów – 8 tys. zł i usługi pozostałe – 65 tys. zł.

Pozostałe koszty (pozycja D8 planu finansowego) wyniosły 134 tys. zł i stanowiły 0,9% kosztów administracyjnych Oddziału i 111,7% kosztów poniesionych na ten cel w roku poprzednim (120 tys. zł). Obejmowały one: podróże służbowe krajowe – 103 tys. zł, podróże służbowe Rady POW NFZ – 1 tys. zł, ubezpieczenia majątkowe i środków transportu – 16 tys. zł, pozostałe koszty (ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej deliktowej i kontraktowej za szkody rzeczowe i osobowe w związku z posiadanym mieniem i prowadzoną działalnością, odprawa pieniężna dla pracownika) – 14 tys. zł.

Analiza wydatków zrealizowanych w ramach usług obcych i pozostałych kosztów w wysokości 123 tys. zł (14,7% ogółu tych wydatków) wykazała, że zostały one poniesione na cele związane z realizacją zadań POW NFZ, wszystkie faktury przed ich opłaceniem były weryfikowane pod względem merytorycznym i formalno-rachunkowym. Z uwagi na niską wartość, zamówienia te nie podlegały obowiązkowi stosowania ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych⁴². (Dowód: akta kontroli str. 649-652)

3.3.4.4. Plan inwestycyjny Oddziału na 2015 rok ustalony na poziomie 2.804 tys. zł został zrealizowany w wysokości 2.478 tys. zł (88,4% planu). Najwięcej środków (1.621 tys. zł, tj. 65,4% wydatków inwestycyjnych) przeznaczono na zakup sprzętu komputerowego i rozbudowę sieci informatycznej oraz zakup wartości niematerialnych i prawnych (oprogramowanie komputerowe) – 620 tys. zł (25% wydatków). Nie dokonywano zakupu lub zbycia nieruchomości. Objęte analizą NIK trzy zamówienia publiczne na łączną kwotę 2.163,2 tys. zł⁴³ przeprowadzono zgodnie z przepisami ustawy Prawo zamówień publicznych. Wszystkich wykonawców wybrano w trybie przetargu nieograniczonego, przebieg postępowań rzetelnie udokumentowano, a rozliczenia finansowe prawidłowo ujęto w księgach rachunkowych. (Dowód: akta kontroli str. 658-681)

Sprawozdanie finansowe POW NFZ za 2015 rok uzyskało pozytywną opinię biegłego rewidenta. W swoim raporcie stwierdził on między innymi, że: *„Księgi rachunkowe wraz z dokumentacją stanowiącą podstawę do ewidencji księgowej operacji gospodarczych są prawidłowe w rozumieniu art. 24 ustawy o rachunkowości i stanowią podstawę do sporządzenia zbadanego sprawozdania finansowego. Stwierdza się kompletność ujęcia w księgach rachunkowych badanego okresu kosztów oraz przychodów jednostki. (...) W wyniku zastosowanych procedur badania sprawozdania za rok obrotowy nie ujawniono naruszenia przez Oddział obowiązujących przepisów prawa wpływających na sprawozdanie finansowe”*. (Dowód: akta kontroli str. 960-966)

Ustalone
nieprawidłowości

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

3.3.5. Zobowiązania Oddziału

Opis stanu
faktycznego

3.3.5.1. Na koniec 2015 r. krótkoterminowe zobowiązania POW NFZ wyniosły 222.857 tys. zł i były wyższe o 29.899 tys. zł (o 15,4%) od zobowiązań wg stanu na 31 grudnia 2014 r. (192.958 tys. zł). Dotyczyły one wynagrodzeń świadczeniodawców usług zdrowotnych – 211.802 tys. zł, refundacji dla aptek – 10.362 tys. zł, składek na ubezpieczenie społeczne, zdrowotne, PFRON i podatku dochodowego od osób fizycznych – 401 tys. zł, wydatków związanych z bieżącym funkcjonowaniem Oddziału, w tym opłat za energię elektryczną, usługi pocztowe i telekomunikacyjne oraz zakup środków trwałych – 281 tys. zł i refundacji kosztów leczenia poniesionych przez obywateli

⁴² Dz. U. z 2015 r. poz. 2164.

⁴³ Kontrolą objęto zamówienia publiczne na dostawę i rozbudowę serwera oraz infrastruktury sieciowej i oprogramowania na potrzeby POW NFZ o wartości 1.764,4 tys. zł, dostawę sprzętu komputerowego o wartości 204,9 tys. zł oraz na usługi pocztowe o wartości 193,9 tys. zł.

RP w państwach Unii Europejskiej – 11 tys. zł. Na koniec 2014 r. i 2015 r. zobowiązania wymagalne nie występowały. POW NFZ nie był zobligowany do zapłaty kar umownych i odsetek. Nie było też przypadków zajęć komorniczych rachunku bankowego Oddziału.
(Dowód: akta kontroli str. 682-688)

3.3.5.2. W 2015 roku przeciwko POW NFZ toczyło się dziewięć postępowań przed sądami cywilnymi i sądami pracy, w tym:

- jedno postępowanie o zapłatę 319 tys. zł za świadczenia wykonane w 2013 roku ponad limit ustalony w umowie (postępowanie w toku);
- cztery postępowania o zapłatę należności potrąconych w wyniku kontroli przeprowadzonych przez POW NFZ w wysokości:
 - 810 tys. zł – zawarto ugodę, na mocy której Oddział zapłacił powodowi 210 tys. zł,
 - 421 tys. zł – zawarto ugodę, w wyniku której POW NFZ uregulował 170 tys. zł,
 - 129 tys. zł – powództwo oddalono w całości (wyrok prawomocny),
 - 1 tys. zł – powództwo uwzględniono w całości (Oddział wniósł apelację);
- jedno postępowanie o zwrot wpłaconych należności w kwocie 546 tys. zł, ustalonych w toku kontroli (powód wniósł apelację od wyroku pierwszej instancji oddalającej powództwo w całości);
- jedno postępowanie o zwrot refundacji w wysokości 5 tys. zł – powództwo oddalone w całości (wyrok prawomocny);
- dwa postępowania o przywrócenie do pracy, z których jedno o wartości przedmiotu sporu 110 tys. zł zakończyło się prawomocnym wyrokiem oddalającym powództwo, zaś drugie (45 tys. zł) – wyrokiem uwzględniającym powództwo (Oddział wniósł skargę kasacyjną).

Ponadto w 2015 roku jeden powód wytoczył POW NFZ powództwo przeciw egzekucji (5 tys. zł), które zakończyło się umorzeniem, a kolejny wystąpił z wezwaniem do zawarcia ugody (wartość przedmiotu sporu 48,76 zł), do której zawarcia nie doszło.

(Dowód: akta kontroli str. 689)

Ustalone
nieprawidłowości

Ocena cząstkowa

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

Mimo zwiększonych nakładów na finansowanie kosztów świadczeń zdrowotnych, prawidłowego wykonania planu zakupów świadczeń zdrowotnych oraz planu finansowego Oddziału, w 2015 roku na obszarze województwa podlaskiego nie było dostępu do 53 zakresów świadczeń zdrowotnych, zaś w 65 był on ograniczony do jednego miejsca w województwie. Z powodu kolejek, świadczeniobiorcy mieli ograniczony dostęp do świadczeń zdrowotnych w większości zakresów.

4. System kontroli świadczeniodawców oraz system kontroli wewnętrznej

Opis stanu
faktycznego

4.1. Zgodnie z wymogami § 12 ust. 4 Regulaminu kontroli wewnętrznej w NFZ⁴⁴, plan kontroli na 2015 rok, został sporządzony przez Sekcję ds. Kontroli Wewnętrznej i 28 listopada 2014 r., tj. w wymaganym terminie, przedłożony dyrektorowi Oddziału do zatwierdzenia. Jak wyjaśnił kontroler wewnętrzny, tematy kontroli zostały wybrane z uwzględnieniem obszarów wcześniej niekontrolowanych lub takich, w których uprzednio stwierdzono nieprawidłowości, zaszyły zmiany w zakresie działalności NFZ lub zasadność kontroli wynikała z ustaleń audytu wewnętrznego. W 2015 roku zrealizowano wszystkie zaplanowane kontrole, dotyczące:

- przeprowadzania dodatkowych lub uzupełniających postępowań celem zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- prawidłowości przeprowadzania kontroli aptek i ordynacji lekarskiej w drugiej połowie 2014 roku,
- realizacji zadań określonych w Regulaminie Organizacyjnym Oddziału przez delegatury POW NFZ w Łomży, Siemiatyczach i Suwałkach,
- prawidłowości procedowania wniosków składanych do dyrektora Oddziału na podstawie Dyrektywy Transgranicznej o zwrot kosztów świadczeń planowych,

⁴⁴ Regulamin został wprowadzony w życie zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 6 grudnia 2012 r. Nr 87/2012/ZKW.

- oceny stopnia wdrożenia i praktycznego stosowania w komórkach organizacyjnych Oddziału jednolitego rzeczowego wykazu akt oraz systemu elektronicznego zarządzania dokumentacją.

Zrealizowano też jedną kontrolę koordynowaną w zakresie prawidłowości procesu wydawania decyzji administracyjnych na podstawie art. 50 ust. 18 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz egzekucji należności wynikających z wydanych decyzji.

Żadna z kontroli nie wykazała nieprawidłowości. (Dowód: akta kontroli str. 691-702)

4.2. W 2015 roku w Oddziale zrealizowano też pięć zadań audytowych (cztery planowe i jedno pozaplanowe), w tym dwa w formie czynności doradczych. Zakres przedmiotowy poszczególnych zadań obejmował:

- regulacje prawne, w tym uregulowania wewnętrzne oraz prawidłowość, terminowość, rzetelność i staranność rozpatrywania zgłaszanych skarg; dokumentowanie procesu rozpatrywania skarg i sporządzanie sprawozdań,
- udzielanie w dni świąteczne i w nocy oraz w trybie nagłym świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju POZ (nocna i świąteczna opieka zdrowotna), SZP (szpitalne oddziały ratunkowe i izby przyjęć), PSY (izba przyjęć), STM (stomatologiczna pomoc doraźna),
- regulacje prawne i uregulowania wewnętrzne obowiązujące w obszarze rozpatrywania i realizacji wniosków na leczenie uzdrowskowe oraz podział zadań i kompetencji w tym obszarze,
- działania Oddziału w celu skrócenia czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne, wdrażanie przepisów prawnych i uregulowań wewnętrznych dotyczących prowadzenia list oczekujących na świadczenia zasoby i narzędzia informatyczne wspierające wykonywanie zadań w procesie gromadzenia i publikowania informacji o czasie oczekiwania na świadczenia, zmiany czasu oczekiwania na świadczenia w 2015 roku, w rodzaju AOS, w stosunku do czasu oczekiwania w latach 2012 – 2014 (czynności doradcze),
- administrowanie i zarządzanie nieruchomościami w zakresie remontów i inwestycji oraz finansowanie remontów i inwestycji (czynności doradcze).

W Oddziale podjęto działania zmierzające do realizacji wniosków i zaleceń audytora:

- w zakresie rozpatrywania skarg: [1] skargi niewłaściwie kierowane do POW NFZ przekazywano wg właściwości wraz z kompletem dokumentacji, [2] założono i prowadzono elektroniczny rejestr skarg, [3] świadczeniobiorcom umożliwiono komunikowanie się z Oddziałem za pomocą aplikacji Skype;
- w zakresie zmniejszenia czasu oczekiwania na świadczenia: [1] raz na kwartał wysyłano pisma do świadczeniodawców w celu zmobilizowania ich do prowadzenia list oczekujących na świadczenia w czasie rzeczywistym, w aplikacji dostarczonej przez NFZ, [2] 14 lipca 2015 r. poprzez portal SZOI wysłano do świadczeniodawców pytania dotyczące umożliwienia świadczeniobiorcom umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących, powiadamiania o terminie udzielenia świadczenia oraz prowadzenia list w postaci elektronicznej, [3] 30 czerwca 2015 r. poprzez portal SZOI zwrócono się do wszystkich świadczeniodawców posiadających umowy w rodzaju AOS, STM, SZP, PSY, REH, SOK z prośbą o weryfikację poprawności prezentowanych numerów telefonów w Ogólnopolskim Informatorze o Czasie Oczekiwania i zaktualizowanie ich w przypadku stwierdzenia rozbieżności;
- w zakresie zapewnienia świadczeń opieki zdrowotnej w okresie świątecznym i w nocy: [1] świadczeniodawców, którzy w sprawozdaniach za 2014 rok wykazali zerowe lub minimalne ilości porad lekarskich i pielęgniarskich wezwano do złożenia wyjaśnień, [2] przy tworzeniu planu kontroli na 2016 rok uwzględniono obszar związany z zapewnieniem świadczeń opieki zdrowotnej w dni świąteczne i w nocy;
- w zakresie administrowania i zarządzania nieruchomościami: [1] uzgodniono ze Szpitalem Wojewódzkim im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży, właścicielem budynku, w którym jest usytuowana Delegatura POW NFZ w Łomży, zasady przeprowadzania okresowych kontroli nieruchomości, [2] w książce obiektu Delegatury POW NFZ w Łomży wpisano zarządcę oraz dołączono plan sytuacyjny, zaś

w książce obiektu siedziby Oddziału w Białymstoku wskazano właściciela (POW NFZ), [3] naczelnikowi Wydziału Administracyjno-Gospodarczego udzielono upoważnienia do dokonywania wpisów w książkach obiektów budowlanych.

(Dowód: akta kontroli str. 703-708, 928-931, 983-990)

4.3. Rada Oddziału nie podejmowała czynności kontrolnych dotyczących poszczególnych obszarów działalności POW NFZ, ani nie powoływała zespołów mających badać takie zagadnienia.

(Dowód: akta kontroli str. 690)

4.4. Stosownie do wymogów zarządzenia nr 55/2014/DSOZ Prezesa NFZ z 21 sierpnia 2014 r., powołany przez dyrektora Oddziału Zespół ds. sporządzenia planu kontroli zaplanował na 2015 rok przeprowadzenie 66 kontroli świadczeniodawców w zakresie realizacji umów, w 10 rodzajach świadczeń⁴⁵ z 14 zakontraktowanych. Kontrole dotyczyły między innymi przestrzegania realizacji i rozliczania świadczeń, prawidłowości prowadzenia dokumentacji medycznej, zgodności sprzętu i personelu medycznego wykazanego w załącznikach do umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych ze stanem faktycznym. Wyboru świadczeniodawców do kontroli dokonano w oparciu o analizę ryzyka i propozycje podmiotów oraz tematów do kontroli przedstawione przez poszczególne komórki organizacyjne POW NFZ. Nie zaplanowano kontroli w rodzajach świadczeń zdrowotnych obejmujących profilaktyczne programy zdrowotne, ratownictwo medyczne, lecznictwo uzdrowiskowe oraz pomoc doraźną i transport sanitarny, mimo że wg stanu na koniec 2014 r., na podstawie umów zawartych z POW NFZ, świadczeń takich udzielało – odpowiednio – 17, czterech, jeden i jeden świadczeniodawców.

Kierownik Działu Kontroli Realizacji Umów na Świadczenia wyjaśniła: „przyjęte przez Oddział zasady i cele planowania kontroli zmierzają do określenia konkretnych obszarów nieprawidłowości, których skontrolowanie przyniosłoby wymierne efekty w postaci np. określenia czy dany problem/nieprawidłowość ma charakter jednostkowy, incydentalny czy też jego podłoże ma szerszy zasięg. Z tego powodu przy tworzeniu planu kontroli skupiono się na określeniu obszarów kontroli, do których włączono by kilka podmiotów, tak aby wyniki tych kontroli można byłoby oceniać w kontekście zakresu danego zjawiska, w odniesieniu do większej ilości podmiotów z uwzględnieniem właściwości terytorialnych oraz ustalenia jednolitego postępowania organów kontroli w analogicznych sytuacjach (postępowaniach). Z tego powodu planowanie kontroli nie zostało skupione na konieczności uwzględnienia w planie każdego rodzaju świadczeń, lecz na wyodrębnieniu zagadnień/obszarów obarczonych znacznym ryzykiem wystąpienia nieprawidłowości”.

(Dowód: akta kontroli str. 709, 711-718, 782-783)

Plan kontroli na 2015 rok został zrealizowany w 90,9%, przy czym w 20 przypadkach wystąpienie pokontrolne przesłano świadczeniodawcom w I kwartale 2016 roku. Nie przeprowadzono sześciu kontroli – czterech w rodzaju świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oraz po jednej w rodzaju świadczenia pielęgnacyjnego i opiekuńczego oraz leczenia szpitalnego. Ponadto przeprowadzono 28 kontroli doraźnych. Jak wyjaśniła kierownik Działu Kontroli Realizacji Umów na Świadczenia, nieprzeprowadzenie sześciu kontroli wynikało między innymi z ograniczeń kadrowych Działu Kontroli (jeden z lekarzy kontrolerów nie wrócił do pracy z urlopu bezpłatnego, a kolejny został oddelegowany do pracy w innej komórce organizacyjnej) oraz zaangażowania kontrolerów do udziału w postępowaniach konkursowych, weryfikacji dokumentacji medycznej zabezpieczonej przez Policję i prokuraturę.

(Dowód: akta kontroli str. 712-773, 783-784)

4.5. W 2015 roku Oddział przeprowadził 82 kontrole⁴⁶ (w podziale na poszczególne rodzaje świadczeń), w tym 54 planowe (cztery skoordynowane, w tym jedną sprawdzającą) i 28 doraźnych (21 problemowych, sześć skargowych i jedną sprawdzającą). Kontrolą objęto 65 z 1.150 podmiotów (5,7%), z którymi na koniec 2014 r. Oddział miał zawarte umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w 14 rodzajach. Najwięcej kontroli dotyczyło rodzajów świadczeń: SZP – 30, AOS – 16, POZ i STM – po 11, tj. odpowiednio

⁴⁵ SZP – 13 kontroli, w tym: cztery w zakresie programów zdrowotnych (lekowe) i jedna w zakresie chemioterapii, zaopatrzenie w wyroby medyczne – dwie, AOS i STM – po 10, rehabilitacja lecznicza – osiem, POZ – siedem, PSY – pięć, OPH i świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze – po trzy, SOK – jedna.

⁴⁶ Kontrole zakończone w 2015 roku wysłaniem wystąpienia pokontrolnego.

88,2%, 6,8%, 3,8% i 3,8% liczby świadczeniodawców w tych rodzajach. Natomiast najmniej kontroli przeprowadzono w rodzajach świadczeń: PPZ (jedna kontrola przy 17 świadczeniodawcach), świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz świadczenia odrębnie kontraktowane – po dwie kontrole przy odpowiednio 46 i 21 świadczeniodawcach.

Spśród 82 kontroli zakończonych w 2015 roku przekazaniem wystąpienia pokontrolnego, w 73 stwierdzono nienależne przekazanie przez Oddział środków finansowych na kwotę 1.684 tys. zł (124,3 tys. zł dotyczyło 2015 roku, a 1.560 tys. zł lat wcześniejszych), zaś w wyniku 64 kontroli nałożono 992 tys. zł kar umownych. Według stanu na 31 grudnia 2015 r. wyegzekwowano zwrot 1.477 tys. zł (87,7%) nienależnie przekazanych środków i 874 tys. zł (88,1%) nałożonych kar. (Dowód: akta kontroli str. 709, 719-763)

Jednym z zagadnień sprawdzanych podczas kontroli prowadzonych w 2015 roku, było weryfikowanie zgodności między deklarowanym przez świadczeniodawcę stanem wyposażenia i kwalifikacji personelu medycznego a stanem faktycznym. Nieprawidłowości w tym zakresie wykazała jedna⁴⁷ z 82 kontroli. W konsekwencji Oddział, na podstawie § 36 ust. 1 pkt 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁴⁸, 11 grudnia 2015 r. rozwiązał umowę ze świadczeniodawcą ze skutkiem natychmiastowym.

Stan wyposażenia i kwalifikacje personelu były również badane podczas postępowań konkursowych prowadzonych w 2015 roku, co szerzej opisano w pkt. 2.1. niniejszego wystąpienia. (Dowód: akta kontroli str. 774-775)

Ponadto w 2015 roku, w wyniku przeprowadzonych kontroli, Oddział rozwiązał trzy umowy z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia. Powodem rozwiązania dwóch umów w rodzaju AOS (łącznie 14 zakresów) było przedstawienie przez świadczeniodawcę do rozliczenia z POW NFZ świadczeń udzielonych na rzecz 23 osób w ramach prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz postępowanie prowadzone przez Komendę Miejską Policji w Białymstoku w sprawie nieprawidłowości przy udzielaniu świadczeń (wykazanie do rozliczenia z POW NFZ 149 świadczeń opłaconych przez prywatnego płatnika). Natomiast umowę w rodzaju rehabilitacja lecznicza rozwiązano z powodu niezrealizowania zaleceń pokontrolnych – świadczeniodawca nie zwrócił nienależnie otrzymanych 81,6 tys. zł. Skorygował natomiast raporty, podając w nich dane osobowe pracownika posiadającego kwalifikacje do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, który faktycznie zakwestionowanych świadczeń nie udzielał.

W październiku 2015 roku, także z powodu niezrealizowania zaleceń pokontrolnych (niezapewnienie między innymi sprzętu dodatkowo punktowanego w postępowaniu konkursowym oraz oddzielnego pomieszczenia do kinezyterapii), Oddział wypowiedział umowę w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej. Rozwiązanie umowy, po trzymiesięcznym okresie wypowiedzenia, nastąpiło 1 stycznia 2016 r. (Dowód: akta kontroli str. 774-775)

W planie kontroli na 2015 rok nie przewidziano kontroli zasadności ujmowania świadczeń przedstawianych przez świadczeniodawców do rozliczenia jako ratujące życie. Kierownik Działu Kontroli Realizacji Umów na Świadczenia wyjaśniła: „Fundusz nie posiada kompetencji oraz odpowiedniej, w każdym zakresie świadczeń, kadry medycznej (lekarzy o odpowiednich specjalizacjach), aby podważać merytorycznie i post factum danego zdarzenia medycznego (udzielenego świadczenia) zasadność jego zakwalifikowania jako ratujące życie, co jest zagadnieniem szerszym niż świadczenia udzielone w stanach nagłych, szczególnie wobec braku obowiązujących standardów udzielania świadczeń. Z tego powodu nie zdecydowano się na wyodrębnienie tego zagadnienia jako samodzielny obszar kontroli, lecz włączono go jako podobszar o charakterze rozpoznawczym”.

Zasadność przedstawiania do rozliczeń świadczeń ratujących życie sprawdzono w jednej z 82 kontroli przeprowadzonych u świadczeniodawców przez POW NFZ w 2015 roku. Wykazała, że świadczeniodawca przedstawił do rozliczenia za 2014 rok cztery świadczenia

⁴⁷ Kontrola świadczeniodawcy prowadzącego działalność gospodarczą w formie indywidualnej praktyki lekarskiej pod nazwą „Gabinet Stomatologiczny w Ostrowi Mazowieckiej” (miejsce udzielania świadczeń Łomża) wykazała brak pomieszczenia sanitarnego przystosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych ruchowo, wykazanego w postępowaniu konkursowym. Posiadanie takiego sanitariatu stanowiło kryterium dodatkowo punktowane.

⁴⁸ Dz. U. Nr 81 poz. 484 – rozporządzenie obowiązywało do 1 stycznia 2016 r.

z zakresu położnictwa i ginekologii jako ratujące życie, mimo że dokumentacja medyczna nie potwierdziła takiego charakteru świadczeń. Nieprawidłowość świadczeniodawcy wyjaśnił błędem pracownika, zapisującego pacjentki na wizyty. Mając na uwadze incydentalny charakter zdarzenia (0,63% świadczeń za 2014 rok objętych kontrolą), brak negatywnych skutków w zakresie rozliczeń finansowych, Oddział – w oparciu o postanowienia § 29 ust. 2 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – odstąpił od nałożenia kary umownej. Jednocześnie zobowiązał świadczeniodawcę do skorygowania raportów statystycznych.

(Dowód: akta kontroli str. 712-773, 783)

Analiza losowo wybranych pięciu postępowań kontrolnych (6,1% ogółu kontroli zakończonych w 2015 roku przekazaniem wystąpienia pokontrolnego) wykazała, że Oddział monitorował wywiązywanie się świadczeniodawców z realizacji zaleceń pokontrolnych. W szczególności od świadczeniodawców wyegzekwowano zwrot nienależnie otrzymanych 539.521,08 zł oraz wpłatę 212.925,56 zł kar umownych. Ponadto POW NFZ rozwiązał umowy z dwoma świadczeniodawcami, z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia.

(Dowód: akta kontroli str. 776-780)

W 2015 roku Oddział przeprowadził dwie kontrole sprawdzające, co stanowiło 2,4% wszystkich kontroli. Kierownik Działu Kontroli Realizacji Umów na Świadczenia wyjaśniła, że weryfikacja realizacji zaleceń pokontrolnych opiera się m.in. na analizie otrzymanych odpowiedzi na wystąpienie pokontrolne. W przypadku wątpliwości co do faktu lub prawidłowości wykonania zaleceń, dyrektor Oddziału podejmuje decyzję o przeprowadzeniu rekontroli. W 2015 roku przesłanki do przeprowadzenia kontroli sprawdzającej zaistniały w dwóch przypadkach.

(Dowód: akta kontroli str. 719-763, 784-785)

4.6. Do Oddziału w 2015 roku wpłynęło 228 skarg świadczeniobiorców, z których 188 rozpatrzono we własnym zakresie, zaś 40 przekazano zgodnie z właściwością, m.in. Rzecznikowi Praw Pacjenta oraz Rzecznikowi Odpowiedzialności Zawodowej przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Białymstoku. Najwięcej rozpatrzonych skarg (134) dotyczyło dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej. Ponadto wpłynęły 32 skargi na jakość świadczeń, 12 na działalność pracowników POW NFZ, a 10 dotyczyło innych aspektów, w tym zobowiązania do uiszczenia częściowych opłat za transport sanitarny oraz za wystawienie dokumentów do ZUS, odmowy ponownego wystawienia zaświadczenia o stanie zdrowia.

Analiza 10 losowo wybranych skarg (5,3% rozstrzygniętych) wykazała, że w każdym przypadku przeprowadzono postępowanie wyjaśniające. Dziewięciu skarżących poinformowano o sposobie załatwienia skargi (jedna skarga była anonimowa), przy czym ośmiu w terminie określonym w art. 237 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego⁴⁹, a jednego z czterodniowym opóźnieniem z powodu nieterminowego złożenia wyjaśnień przez kierownika kliniki. Sześć skarg rozpatrzono pozytywnie i w efekcie:

- dwóm osobom wyznaczono nowy termin realizacji świadczenia,
- jednego świadczeniodawcę zobowiązano do umożliwienia skarżącemu uzyskania świadczenia, zaś kolejnego do przesłania skarżącemu prawidłowo wystawionego zlecenia na soczewki okularowe,
- w jednym przypadku skarżącemu umożliwiono ponowne skorzystanie z świadczenia u innego świadczeniodawcy, a w kolejnym podjęto decyzję o przeprowadzeniu u świadczeniodawcy kontroli doraźnej.

(Dowód: akta kontroli str. 786-803)

Ustalone
nieprawidłowości

Uwagi dotyczące
badanej działalności

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

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę na objęcie kontrolą POW NFZ niewielkiego odsetka podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej. W 2015 roku skontrolowano tylko 5,7% świadczeniodawców (65 z 1.150), przy czym stwierdzono nieprawidłowości na kwotę 1.684 tys. zł.

⁴⁹ Dz. U. z 2016 r. poz. 23.

Jak wyjaśniła kierownik Działu Kontroli Realizacji Umów na Świadczenia, liczba świadczeniodawców objętych kontrolą w 2015 roku wynikała m.in. z dużej pracowitości realizowanych kontroli planowych koordynowanych oraz zaangażowania pracowników Działu Kontroli do czynności nie związanych stricte z kontrolą, takich jak współpraca z organami Policji i prokuratury przy weryfikacji dokumentacji medycznej zabezpieczonej podczas postępowania w sprawie naruszenia zasad rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej, opracowania i wysyłania znacznej ilości ankiet do pacjentów.

(Dowód: akta kontroli str. 719-763, 784)

Ocena cząstkowa

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

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli⁵⁰, wnosi o:

1. Uwzględnienie w priorytetach regionalnych Oddziału zmniejszenie czasu oczekiwania pacjentów na udzielanie świadczeń zdrowotnych, zwłaszcza w odniesieniu do tych zakresów, w których świadczeniobiorcy wymagający pilnego skorzystania z pomocy medycznej zapisywani są w kolejce.
2. Rozważenie możliwości zwiększenia dostępności pacjentów do tych zakresów świadczeń na obszarze województwa podlaskiego, które w 2015 roku nie były dostępne lub dostęp do nich był ograniczony, w tym do jednego miejsca w województwie.
3. Podjęcie działań mających na celu przestrzeganie przez komisje konkursowe zasad prowadzenia postępowań konkursowych oraz rzetelne dokumentowanie podejmowanych przez nie czynności.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK, kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Białymstoku.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

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

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

Białystok, dnia 18 lipca 2016 r.

Kontroler
Władysław Radgowski
główny specjalista kontroli państwowej


.....
podpis

DYREKTOR DELEGATURY
Najwyższej Izby Kontroli w Białymstoku
Barbara Chmińska


.....
podpis

⁵⁰ Dz. U. z 2015 r. poz. 1096 oraz z 2016 r. poz. 677. Ustawa zwana dalej „ustawą o NIK”.