



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Katowicach

LKA-4101-039-08/2014
P/14/078

TEKST UJEDNOLICONY

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Katowicach
ul. Powstańców 29, 40-039 Katowice
T +48 32 784 42 00, F +48 32 784 42 30
lka@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/14/078 – Realizacja świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii przez publiczne i niepubliczne podmioty lecznicze.
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Katowicach.
Kontrolerzy	1. Mariusz Podolski, specjalista kontroli państwowej, upoważnienia do kontroli nr 93175 z 30 stycznia 2015 r. i nr 94801 z 26 czerwca 2015 r. 2. Michał Nowak, inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 93289 z 4 lutego 2015 r. <p style="text-align: right;">[Dowód: akta kontroli str. 1-4]</p>
Jednostka kontrolowana	Narodowy Fundusz Zdrowia Śląski Oddział Wojewódzki w Katowicach ¹ , ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Ewa Momot, Dyrektor ŚOW NFZ (zwana dalej <i>Dyrektorem ŚOW</i>). <p style="text-align: right;">[Dowód: akta kontroli str. 5]</p>

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

W latach 2012-2014 ŚOW NFZ kontraktował świadczenia z zakresu kardiologii zapewniając równe traktowanie podmiotów publicznych i niepublicznych.

Przy finansowaniu powyższych świadczeń ŚOW NFZ dokonywał zapłaty do kwot zobowiązania Oddziału wynikającego z zawartych umów.

Kontrole u świadczeniodawców udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii przeprowadzane były przez ŚOW NFZ zarówno pod względem spełniania wymogów dotyczących pomieszczeń, kwalifikacji personelu i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, jak też pod względem zasadności kwalifikowania i rozliczania świadczeń na podstawie zasad stosowanych w systemie JGP². W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości dotyczących stanu zasobów lub dokonanych rozliczeń ŚOW NFZ formułował zalecenia pokontrolne i naliczał kary umowne, a w uzasadnionych przypadkach rozwiązywał umowę ze świadczeniodawcą. Kontrole przeprowadzane przez NFZ w ograniczonym jednak stopniu dotyczyły jakości i zasadności udzielanych świadczeń, pomimo takiego uprawnienia

¹ Zwany dalej *ŚOW NFZ* lub *Oddziałem*.

²² Jednorodne Grupy Pacjentów (JGP) - system rozliczania płatności w ochronie zdrowia oparty na założeniu, że pewne grupy pacjentów, często znacznie różniących się, wymagają dość podobnego postępowania, podczas gdy ta sama choroba u pacjentów różniących się wiekiem i współistniejącymi problemami wymaga często całkiem innego postępowania. Kwalifikację do grupy wykonuje się bądź na podstawie rozpoznania wg. ICD-10 (dotyczy głównie leczenia niezabiegowego) lub też procedurą leczniczą wymienioną w liście JGP zgodnie z kodem klasyfikacji ICD-9.

wynikającego z art. 64 ust. 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Kontraktowanie świadczenia usług w zakresie kardiologii na lata 2012-2014

Opis stanu faktycznego

1.1. ŚOW NFZ finansował świadczenia w zakresie kardiologii udzielane przez podmioty lecznicze działające na terenie województwa śląskiego, na podstawie umów zawartych, w trybie art. 132 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Umowy te zawarto z 28 świadczeniodawcami w 2012 r. i z 25 świadczeniodawcami w latach 2013-2014.

Suma kwot kontraktów zawartych w latach 2012-2014 w zakresach: „Kardiologia-hospitalizacja”, „Kardiologia-hospitalizacja E10-E14” oraz „Kardiologia-hospitalizacja E23-E26” wynosiła 1 317 936 199,50 zł. W okresie tym świadczeniodawcy przedstawili do rozliczenia świadczenia na kwotę 1 382 003 847,79 zł, z której NFZ sfinansował kwotę 1 317 371 570,27 zł, z tego w poszczególnych latach:

- W 2012 r.: zakontraktowano⁴ 8 533 559 jednostek rozliczeniowych o wartości 442 924 838,50 zł, przedstawiono do rozliczenia 8 696 297 jednostek o wartości 451 386 385,69 zł, NFZ dokonał zapłaty za 8 532 232 jednostki o wartości 442 856 602,09 zł (98,11% wykonania).

- W 2013 r. ww. wartości wyniosły odpowiednio: 8 610 696 jednostek na kwotę 446 836 941,00 zł; 9 038 896 jednostek na kwotę 469 040 967,54 zł oraz 8 604 828 jednostek na kwotę 446 531 910,00 zł (95,20% wykonania).

- W 2014 r.⁵ dane w zakresie zakontraktowania, wykonania i zapłaty przez NFZ wyniosły odpowiednio: 8 236 647 jednostek na kwotę 428 174 420,00 zł; 8 879 137 jednostek na kwotę 461 576 494,56 zł oraz 8 219 253 jednostki na kwotę 427 983 058,18 zł (92,72 % wykonania).

1.2. Wielkość kontraktów dla poszczególnych zakresów świadczeń dotyczących kardiologii, ich wykonanie oraz kwoty faktycznie zapłacone przez NFZ w latach 2012-2014 przedstawiały się następująco:

A. „Kardiologia – hospitalizacja”

W 2012 r.: zakontraktowano 3 676 963 jednostek rozliczeniowych na kwotę 190 719 589,50 zł. Wykonanie objęło 3 832 297 jednostek na kwotę 198 795 393,69 zł. NFZ dokonał zapłaty za 3 676 658 jednostek o wartości 190 703 762,09 zł (95,93% wykonania). Nadwykonanie wyniosło 155 334 jednostki o wartości 8 075 804,19 zł. Zapłacona przez NFZ kwota była niższa od zakontraktowanej.

W 2013 r. zakontraktowano 3 606 288 jednostek na kwotę 187 104 096,00 zł. Wykonanie objęło 4 002 381 jednostek na kwotę 207 638 558,54 zł. NFZ dokonał

³ Dz. U. z 2015 r., poz. 581 ze zm., zwanej dalej „ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej”.

⁴ Przedstawione dane dotyczą ostatecznej wysokości kontraktu.

⁵ Tylko „Kardiologia-hospitalizacja” oraz „Kardiologia-hospitalizacja E10-E14”.

zapłaty za 3 602 972 jednostki o wartości 186 931 769,00 zł (90,03% wykonania). Nadwykonanie wyniosło 396 093 jednostki o wartości 20 534 462,54 zł. Zapłacona przez NFZ kwota była niższa od zakontraktowanej.

W 2014 r. zakontraktowano 4 454 474 jednostki na kwotę 231 528 619,00 zł. Wykonanie objęło 5 096 501 jednostek na kwotę 264 903 913,56 zł. NFZ dokonał zapłaty za 4 452 696 jednostek o wartości 231 480 205,18 zł (87,38% wykonania). Nadwykonanie wyniosło 642 027 jednostek o wartości 33 375 294,56 zł. Zapłacona przez NFZ kwota była niższa od zakontraktowanej.

B. „Kardiologia – hospitalizacja E10-E14”

W 2012 r. zakontraktowano 3 910 760 jednostek o wartości 203 085 914,00 zł; wykonanie oraz kwota zapłacona przez NFZ wyniosła 3 910 760 jednostek o wartości 203 085 914,00 zł. Nie wystąpiło nadwykonanie.

W 2013 r. kontrakt objął 4 088 844 jednostki na kwotę 212 213 517,00 zł. Wykonanych zostało 4 087 776 jednostek na kwotę 212 157 981,00 zł. NFZ dokonał zapłaty za 4 087 218 jednostek o wartości 212 128 965,00 zł (99,99% wykonania). Nie wystąpiło nadwykonanie.

W 2014 r. zakontraktowano 3 782 173 jednostki na kwotę 196 645 801,00 zł. Wykonanie objęło 3 782 636 jednostek na kwotę 196 672 581,00 zł. NFZ dokonał zapłaty za 3 766 557 jednostek o wartości 196 502 853,00 zł (99,91% wykonania). Nadwykonanie wyniosło 463 jednostki o wartości 26 780,00 zł. Zapłacona przez NFZ kwota była niższa od zakontraktowanej.

C. „Kardiologia – hospitalizacja E23-E26”

W 2012 r. ww. wartości wyniosły odpowiednio: 945 836 jednostek rozliczeniowych na kwotę 49 119 335,00 zł; 953 240 jednostek na kwotę 49 505 078,00 zł oraz 944 814 jednostek o wartości 49 066 926,00 zł (99,12% wykonania). Nadwykonanie wyniosło 7 404 jednostki o wartości 385 743,00 zł. Zapłacona przez NFZ kwota była niższa od zakontraktowanej.

W 2013 r. powyższe wartości wyniosły odpowiednio: 915 564 jednostek na kwotę 47 519 328,00 zł; 948 739 jednostek na kwotę 49 244 428,00 zł oraz 914 638 jednostek o wartości 47 471 176,00 zł (96,40% wykonania). Nadwykonanie wyniosło 33 175 jednostek o wartości 1 725 100,00 zł. Zapłacona przez NFZ kwota była niższa od zakontraktowanej.

Na rok 2014 nie zawierano kontraktów na świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie „Kardiologia-hospitalizacja E23-E26”, ponieważ zostały one włączone i zsumowane ze świadczeniami z zakresu podstawowego „Kardiologia-hospitalizacja”.

[Dowód: akta kontroli str. 7-9, 57, 74, 89, 289-291, 295]

W 2012 r. świadczenia z zakresu kardiologii realizowane były przez 28 podmiotów leczniczych, a w kolejnych latach objętych kontrolą - przez 25 podmiotów. Powodem zmniejszenia liczby świadczeniodawców objętych umowami było połączenie jednego z nich z innym podmiotem⁶ oraz rozwiązanie umów z kolejnymi dwoma świadczeniodawcami⁷.

⁶ Szpital Ogólny im. Dr Edmunda Wojtyły w Bielsku-Białej połączony z Beskidzkim Centrum Onkologii w Bielsku-Białej utworzył Beskidzkie Centrum Onkologii-Szpital Miejski im. Jana Pawła II w Bielsku Białej.

⁷ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 1 im. Prof. Gasińskiego w Tychach oraz Centrum „Dializa” Sp. z o.o. z Sosnowca.

W 2012 roku 25 z 28 świadczeniodawców świadczyło usługi w zakresie kardiologii na podstawie umów zawartych po przeprowadzeniu konkursu ofert, dwóch na podstawie aneksów do umów wieloletnich, a jeden świadczeniodawca w konsekwencji sukcesji uniwersalnej (wstąpienie w ogół praw i obowiązków przez nabywcę ogółu praw – w wyniku ww. połączenia ww. podmiotów). W latach 2013 - 2014 wszystkich 25 świadczeniodawców realizowało swoje usługi na podstawie aneksów do umów wieloletnich.

[Dowód: akta kontroli str. 7-10, 16, 34-37, 42-109]

W roku 2012 żaden z 23 świadczeniodawców (z tego 14 publicznych i dziewięciu niepublicznych), u których wystąpiły nadwykonania, nie otrzymał od ŚOW NFZ pełnej kwoty za te nadwykonania przedstawione do rozliczenia w którymś z trzech zakresów będących przedmiotem niniejszej kontroli. Z jednym świadczeniodawcą (niepublicznym) rozwiązano umowę ze względu na nierealizowanie świadczeń. U czterech pozostałych (w tym dwóch publicznych i dwóch niepublicznych) nie wystąpiły nadwykonania.

W roku 2013 żaden z 22 świadczeniodawców (z tego 13 publicznych i 9 niepublicznych), u których wystąpiły nadwykonania, nie otrzymał od ŚOW NFZ pełnej kwoty za te nadwykonania przedstawione do rozliczenia w którymś z trzech zakresów będących przedmiotem niniejszej kontroli. U trzech pozostałych świadczeniodawców (w tym jeden publiczny i dwóch niepublicznych) nie wystąpiły nadwykonania.

W roku 2014 żaden z 24 świadczeniodawców (z tego 14 publicznych i 10 niepublicznych), u których wystąpiły nadwykonania, nie otrzymał od ŚOW NFZ pełnej kwoty za te nadwykonania przedstawione do rozliczenia w którymś z trzech zakresów będących przedmiotem niniejszej kontroli. U jednego świadczeniodawcy (podmiot niepubliczny) nie wystąpiły nadwykonania.

Dyrektor ŚOW NFZ wyjaśniła, że „zawierane ze świadczeniodawcami umowy pozasądowe i sądowe w zakresie świadczeń ponadlimitowych zawierały klauzulę całkowitego zrzeczenia się roszczeń. Świadczeniodawcy akceptując określoną w umowie kwotę zapłaty za nadwykonania składali oświadczenia o zrzeczeniu się na przyszłość jakichkolwiek dalszych roszczeń związanych z realizacją świadczeń objętych umową”.

W latach 2012-2014 umowy takie zostały zawarte ze wszystkimi świadczeniodawcami realizującymi usługi w zakresie kardiologii, z wyjątkiem pięciu podmiotów.

[Dowód: akta kontroli str. 42-109, 120-121, 129-130]

W latach 2012-2014 wartości kontraktów zawartych z sześcioma świadczeniodawcami (z tego czterema publicznymi⁸ i dwoma niepublicznymi⁹) corocznie rosły, natomiast wartości kontraktów zawartych z ośmioma świadczeniodawcami (z tego czterema publicznymi¹⁰ i czterema niepublicznymi¹¹) malały. W przypadku sześciu kolejnych podmiotów (z tego czterech

⁸ SPZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 4 w Bytomiu, Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu, Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu.

⁹ Szpital Miejski w Rudzie Śląskiej Sp. z o.o., Megrez Sp. z o.o.

¹⁰ SPZOZ SZPITAL KOLEJOWY w Wilkowicach-Bystrej, SPZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Jastrzębiu Zdroju, Szpital Wielospecjalistyczny w Jaworznie.

¹¹ American Heart of Poland Spółka Akcyjna (miejsce udzielania świadczeń Tychy), American Heart of Poland Spółka Akcyjna (miejsce udzielania świadczeń Bielsko-Biała), Raciborskie Centrum Medyczne Sp. z o.o., Gliwickie Centrum Medyczne Spółka z o.o.

świadczeniodawców publicznych i dwóch niepublicznych) wartości kontraktów w latach 2012-2013 malały, po czym w 2014 r. wzrosły, a w przypadku pozostałych

pięciu (z tego dwóch świadczeniodawców publicznych i trzech niepublicznych) wartości kontraktów w latach 2012-2013 rosły, po czym w 2014 r. zmalały.

[Dowód: akta kontroli str. 42-109, 124]

Dyrektor ŚOW wyjaśniła, że zmiany (spadki) wartości zawartych umów z poszczególnymi świadczeniodawcami wynikają z przyjętych założeń przy tworzeniu planu zakupu na dany rok (wartości zakontraktowane odpowiadały faktycznemu wykonaniu lub wartości pierwotnej umowy z roku poprzedniego), jak również ze zmian dokonywanych w trakcie obowiązywania umów (§ 20,21 i 43 OWU), a na koniec okresu rozliczeniowego – z zawieranych ze świadczeniodawcami uгод.

[Dowód: akta kontroli str. 133-134]

W roku 2012 NFZ dokonał zapłaty pełnej kwoty za wykonane świadczenia trzem świadczeniodawcom (z tego jednemu publicznemu i dwóm niepublicznym). W pozostałych przypadkach (15 świadczeniodawców publicznych i 9 niepublicznych) ostateczna kwota zapłacona (tj. po ugodach) stanowiła od 85,71% do 99,94% wartości świadczeń wykonanych w przypadku podmiotów publicznych oraz od 92,28% do 99,57% wartości świadczeń wykonanych w przypadku podmiotów niepublicznych.

W roku 2013 NFZ dokonał zapłaty pełnej kwoty za wykonane świadczenia trzem świadczeniodawcom (z tego jednemu publicznemu i dwóm niepublicznym). W pozostałych przypadkach (13 świadczeniodawców publicznych i 9 niepublicznych) kwota zapłacona stanowiła od 86,90% do 99,90% wartości świadczeń wykonanych w przypadku podmiotów publicznych oraz od 55,80% do 99,40% wartości świadczeń wykonanych w przypadku podmiotów niepublicznych.

W roku 2014 NFZ dokonał zapłaty pełnej kwoty wykonanych świadczeń jednemu świadczeniodawcy (niepublicznemu). W pozostałych 24 przypadkach (14 świadczeniodawców publicznych i 10 niepublicznych) kwota zapłacona stanowiła od 91,85% do 99,62% wartości świadczeń wykonanych w przypadku podmiotów publicznych oraz od 46,91% do 99,11% wartości świadczeń wykonanych w przypadku podmiotów niepublicznych.

Powyższe dotyczyło łącznej wartości umów w zakresie kardiologii. Jednakże przy rozliczaniu świadczeń w zakresie *kardiologia-hospitalizacja*, wykonanych ponad pierwotnie ustaloną wartość kontraktu wystąpiły dysproporcje w zapłacie za wykonane świadczenia. Przykładowo, w 2012 r. wartość pierwotna umowy z jednym świadczeniodawcą¹² wynosiła 4.929 tys. zł, wartość świadczeń wykonanych wyniosła 7.060 tys. zł, zapłata za wykonane świadczenia stanowiła 100%. Z kolei, w przypadku innego świadczeniodawcy¹³ wartość pierwotna umowy wynosiła 2.080 tys. zł, wartość świadczeń wykonanych wyniosła 3.160 tys. zł, zapłata za wykonane świadczenia stanowiła 73%. W odniesieniu do pierwszego z ww. podmiotów - Dyrektor Oddziału uzasadniała poziom zapłaty niewykorzystaniem limitu środków w innych zakresach świadczeń oraz dokonaniem przesunięć kwoty 602 tys. zł; ostateczne zwiększenie poziomu finansowania wyniosło 2.131 tys. zł.

[Dowód: akta kontroli str. 42-109, 117-119, 121-122, 125-126]

W sprawie ostatecznych kwot świadczeń rozliczonych za lata 2012-2014, Dyrektor ŚOW NFZ wyjaśniła, że ze świadczeniodawcami, którym nie zapłacono pełnej

¹² Tomasz Ludyga.

¹³ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. NMP w Częstochowie.

wartości wykonanych świadczeń zostały zawarte w latach 2012-2014 umowy pozasądowe. W związku z zawartymi w ugodach oświadczeniami o zrzeczeniu się roszczeń należy uznać, że w przypadku tych świadczeniodawców nastąpiło pełne rozliczenie wykonanych świadczeń. Wyjątek stanowiły podmioty American Heart of Poland (w latach 2012-2014) oraz Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu (w roku 2012), które nie przyjęły warunków proponowanych w ugodach dla całego zakresu kardiologii. W związku z tym, z ww. podmiotami zawarte zostały umowy skutkujące zwiększeniem kwoty zobowiązania oraz zrzeczeniem się roszczeń tylko w wybranych zakresach świadczeń.

[Dowód: akta kontroli str. 130-131]

W 2012 roku NFZ zapłacił za wykonane świadczenia zdrowotne z zakresu kardiologii kwoty równe wartościom zawartych kontraktów w 13 przypadkach (sześciu świadczeniodawców publicznych i siedmiu niepublicznych). W przypadku 11 świadczeniodawców (z tego dziewięciu publicznych i dwóch niepublicznych) zapłacone przez NFZ kwoty były nieznacznie niższe niż wartości zakontraktowane i stanowiły od 99,89% do 99,99% tych wartości. W trzech przypadkach zapłacona przez NFZ kwota była niższa od wartości kontraktu, ale równa wartości wykonania. Z jednym świadczeniodawcą rozwiązano umowę.

W 2013 roku NFZ zapłacił za wykonane świadczenia zdrowotne z zakresu kardiologii kwoty równe wartościom zawartych kontraktów w ośmiu przypadkach (trzech świadczeniodawców publicznych i pięciu niepublicznych). W przypadku 15 świadczeniodawców (z tego 11 publicznych i 4 niepublicznych) zapłacone przez NFZ kwoty były nieznacznie niższe niż zakontraktowane i stanowiły od 99,52% do 99,99% tych wartości.

W dwóch przypadkach zapłacona przez NFZ kwota była niższa od wartości kontraktu, ale równa wartości wykonania.

W 2014 roku NFZ zapłacił za wykonane świadczenia zdrowotne z zakresu kardiologii kwoty równe wartościom zawartych kontraktów w sześciu przypadkach (pięciu świadczeniodawców publicznych i jeden niepubliczny). W przypadku 18 świadczeniodawców (z tego 9 publicznych i 9 niepublicznych) zapłacone przez NFZ kwoty były niższe niż zakontraktowane i stanowiły od 97,10% do 99,99% tych wartości.

W jednym przypadku zapłacona przez NFZ kwota była niższa od wartości kontraktu, ale równa wartości wykonania.

Dyrektor ŚOW NFZ wyjaśniła, że fakt zapłaty kwoty niższej niż zakontraktowana wynikał z braku możliwości rozliczenia świadczenia w przypadku, gdy wartość najtańszego nierozliczonego świadczenia przewyższała kwotę wolnego limitu oraz z faktu korygowania przez świadczeniodawców, po ostatecznym rozliczeniu umowy, wskazanych wcześniej do rozliczenia świadczeń.

[Dowód: akta kontroli str. 42-109, 114-116, 122-123, 131]

W związku z postępowaniami konkursowymi na świadczenia z zakresu kardiologii, dotyczącymi udzielania świadczeń w 2012 r., zakontraktowano kwotę równą zaproponowanej w przypadku jednego świadczeniodawcy (niepublicznego), który zawarł umowę w wyniku postępowania dodatkowego. W przypadku pozostałych 24 świadczeniodawców biorących udział w postępowaniu (13 publicznych i 11 niepublicznych) zakontraktowane kwoty były niższe od zaproponowanych i wyniosły od 0,26% do 87,71% kwoty zaproponowanej w przypadku podmiotów

publicznych oraz od 4,68% do 95,54% w przypadku podmiotów niepublicznych¹⁴. Nie stwierdzono przypadku nierównego traktowania świadczeniodawców. Dyrektor ŚOW wyjaśniła, że wartość ogłoszonych „głównych” postępowań konkursowych została określona na podstawie ustalonego i zaakceptowanego wcześniej planu zakupu na rok 2012. Natomiast wartość ofert złożonych do postępowań konkursowych w zakresie kardiologii przewyższała wartość określoną w ogłoszeniach o postępowaniach. Stąd niemożliwe było zakontraktowanie świadczeń na zaproponowanym przez oferentów poziomie. Do zawarcia umowy zostały wybrane oferty w kolejności zajętej pozycji w rankingu końcowym. Zawarcie z jednym świadczeniodawcą w wyniku postępowania dodatkowego, kontraktu w wysokości odpowiadającej jego ofercie spowodowane było tym, że oferowane wielkości odpowiadały wartości podanej w ogłoszeniu.

[Dowód: akta kontroli str. 42-109, 112-113, 120, 123-124, 126-128, 131-132]

Nie wystąpiły przypadki przeniesienia praw i obowiązków, wynikających z zawartej umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii.

[Dowód: akta kontroli str. 7-8]

2. Kontrola i nadzór merytoryczny nad jakością i zasadnością udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii

Opis stanu faktycznego

Zgodnie z art. 64 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych (NFZ) może przeprowadzić kontrolę udzielania świadczeń świadczeniobiorcom, a w szczególności kontrolę: organizacji i sposobu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz ich dostępności, udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pod względem zgodności z wymaganiami określonymi w umowie, zasadności wyboru leków i wyrobów medycznych, dokumentacji medycznej dotyczącej świadczeń. W ust. 3 podano, że kontrolę dokumentacji medycznej, jakości i zasadności udzielanych świadczeń zdrowotnych przeprowadzają upoważnieni pracownicy podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych, posiadający wykształcenie medyczne odpowiadające zakresowi prowadzonej kontroli.

Przepis § 3 ust. 1 Zarządzenia Prezesa NFZ nr 23/2009/DSOZ z dnia 13 maja 2005 r. stanowi, że właściwe jednostki organizacyjne NFZ mogą prowadzić kontrole świadczeniodawców, z którymi zawarły umowy o finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, a w szczególności kontrole:

- organizacji i sposobu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz jej dostępności,
- udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pod względem zgodności z wymaganiami określonymi w umowie,
- zasadności wyboru leków i wyrobów medycznych, w tym przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych stosowanych w leczeniu, rehabilitacji i badaniach diagnostycznych,

¹⁴ Przyczynami niskich kontraktów w stosunku do ofert (0,26% i 4,68%) były: w jednym przypadku błąd oferenta w formularzu ofertowym, natomiast w drugim przypadku odrzucenie części zakresów zgłoszonych w ofercie.

- przestrzegania zasad wystawiania recept,
- dokumentacji medycznej,

a postanowienia § 1 ust. 1 pkt 1 Zarządzenia Prezesa NFZ nr 54/2011/DSOZ z dnia 30 września 2011 r. stanowią, że do oceny ofert przedkładanych przez świadczeniodawców w postępowaniach w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej dokonuje się z uwzględnieniem kryterium jakości¹⁵ ocenianego poprzez:

- kwalifikacje personelu, jego umiejętności oraz doświadczenie,
- wyposażenie oferenta w sprzęt i aparaturę medyczną,
- zewnętrzną ocenę jakości,
- wyniki kontroli prowadzonej przez NFZ.

Łącznie w okresie objętym kontrolą ŚOW NFZ przeprowadził w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń w zakresie kardiologii 12 kontroli¹⁶, z których każda obejmowała spełnianie warunków wymaganych dla realizacji świadczeń (warunki lokalowo-techniczne, kwalifikacje i zatrudnienie personelu, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną). W toku sześciu spośród ww. kontroli sprawdzano ponadto zasadność kwalifikacji świadczeń z zakresu kardiologii i ich rozliczania w systemie JGP, w tym:

- jedna kontrola obejmowała świadczenia z zakresu kardiologia - hospitalizacja, kardiologia - hospitalizacja E11-E14, kardiologia - hospitalizacja E23-E26,
- pięć kontroli obejmowało świadczenia z zakresu kardiologia – hospitalizacja oraz kardiologia – hospitalizacja E11-E-14,

[Dowód: akta kontroli str. 145-192]

W czterech podmiotach nie stwierdzono nieprawidłowości dotyczących udzielania świadczeń w zakresie kardiologii. Ustalenia dotyczące pozostałych siedmiu podmiotów oraz działania podjęte wobec nich przez ŚOW NFZ były następujące:

- w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Pszczynie (miejsce udzielania świadczeń podmiotu: Centrum Dializa sp. z o.o. z Sosnowca) kontrolą objęto dostępność i organizację udzielanych świadczeń (warunki lokalowo-techniczne, kwalifikacje i zatrudnienie personelu, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną) i stwierdzono: brak stacji mycia łóżek oraz pokoju jednoosobowego z węzłem sanitarnym, brak obsady lekarskiej i pielęgniarskiej w dniu kontroli, nieprawidłowości w zakresie wymaganego wyposażenia medycznego (brakowało zestawów do prób wysiłkowych, a defibrylator, trzy pompy dyfuzyjne i dwa ssaki nie posiadały ważnego przeglądu technicznego). Stwierdzone nieprawidłowości były postawą rozwiązania przez ŚOW umowy dla całego zakontraktowanego zakresu świadczeń (kardiologia i nefrologia) ze skutkiem natychmiastowym,

¹⁵ Pozostałymi kryteriami podlegającymi ocenie są: kompleksowość świadczeń, dostępność świadczeń, ciągłość udzielania świadczeń, oferowana cena.

¹⁶ W jednym podmiocie – EuroMedic MEDICAL CENTER z Katowic - przeprowadzono dwie kontrole.

- w EuroMedic MEDICAL CENTER w Katowicach kontrolą objęto dostępność i organizację udzielanych świadczeń (warunki lokalowo-techniczne, kwalifikacje i zatrudnienie personelu, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną) i stwierdzono:
 - w zakresie pomieszczeń: brak punktu pielęgniarskiego,
 - w zakresie personelu: niezapewnienie stałej obecności technika elektroradiologa, niezapewnienie w OINK wyodrębnionej całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia, niezapewnienie na każdej zmianie pielęgniarki z minimum pięcioletnim stażem pracy w OINK lub OAiT, okresowe udzielanie świadczeń przez osoby nieujęte w umowie (12 lekarzy w styczniu 2012 r. i 2 lekarzy w okresie styczeń-wrzesień 2013 r., a także 26 pielęgniarek w styczniu 2013 r.), brak zatrudnienia w wymiarze 2 etatów pielęgniarki po kursie kwalifikacyjnym,
 - w zakresie wyposażenia: Oddział nie posiadał sprzętu o numerach seryjnych przedstawionych w ofercie i objętych umową (dot. dwóch angiografów, urządzenia do rejestracji obrazu, wielofunkcyjnego rejestratora funkcji życiowych, stołu radiologicznego, dwóch respiratorów, aparatu do stymulacji serca, zestawu do elektroterapii, dwóch aparatów RTG, tomografu).

Zalecono usunięcie ww. nieprawidłowości i nałożono na podmiot karę finansową w kwocie 581 709,62 zł.

W lutym 2014 r. ŚOW NFZ rozwiązał zawarte z podmiotem umowy bez zachowania okresu wypowiedzenia. W lutym i marcu 2014 r. podmiot złożył do Prezesa NFZ trzy zażalenia na czynności Dyrektora ŚOW NFZ dot. rozwiązania ww. umów i nałożenia kar finansowych. W związku z nieuwzględnieniem tych zażaleń, w lipcu 2014 r. podmiot złożył do Prezesa NFZ wnioski o ich ponowne rozpatrzenie. W sierpniu 2014 r. Prezes NFZ podtrzymał swoje wcześniejsze stanowisko w tej sprawie.

- w Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Cieszynie kontrolą objęto dostępność i organizację udzielanych świadczeń (warunki lokalowo-techniczne, kwalifikacje i zatrudnienie personelu, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną) i stwierdzono: brak pokoju jednoosobowego z węzłem sanitarnym i ogólnodostępnego pomieszczenia higieniczno-sanitarnego przystosowanego dla osób niepełnosprawnych – przedstawionych w ofercie jako warunków dodatkowo ocenianych, a także niedokonywanie przeglądów aparatury medycznej. Zalecono usunięcie ww. nieprawidłowości i nałożono na podmiot karę finansową w kwocie 10 753,91 zł. NZOZ uregulował ww. zobowiązanie finansowe 25 października 2012 r., a 10 marca 2015 r. poinformował ŚOW NFZ o wykonaniu zaleceń pokontrolnych.
- w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Szpital Wielospecjalistyczny w Jaworznie kontrolą objęto dostępność i organizację udzielanych świadczeń (warunki lokalowo-techniczne, kwalifikacje i zatrudnienie personelu, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną) i stwierdzono: nieaktualizowanie na bieżąco danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do wykonania umowy, niezarejestrowanie pracowni elektrofizjologii i niedoposażenie sali intensywnego nadzoru kardiologicznego w wymaganą aparaturę medyczną (brak: zestawu do wszczepiania urządzeń do elektroterapii, programatora układów

stymulujących, aparatu do kontrapulsacji wewnątrzortalnej, zestawu do pomiarów hemodynamicznych metodą krwawą). Zalecono usunięcie ww. nieprawidłowości i nałożono na podmiot karę finansową w kwocie 5 000 zł. Szpital poinformował ŚOW NFZ o wykonaniu zaleceń pokontrolnych 6 lipca 2012 r., a 28 listopada 2012 r. uregulował ww. zobowiązanie finansowe.

- w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Polskiej Grupy Medycznej im. Polonii Świata w Gliwicach (miejsce udzielania świadczeń: Sosnowieckie Regionalne Centrum Chorób Serca i Naczyń w Sosnowcu): kontrolą objęto spełnianie warunków dla prawidłowej realizacji świadczeń oraz zasadność kwalifikacji i rozliczania świadczeń w systemie JGP (hospitalizacja, E11-E14) i stwierdzono, że w losowo wybranej próbie 149 hospitalizacji miały miejsce trzy przypadki (2% badanej próby) nieprawidłowego zakwalifikowania hospitalizacji do grupy E11 zamiast do E12¹⁷, co skutkowało obciążeniem ŚOW NFZ nieuzasadnionymi kosztami w kwocie 44 217 zł. Zalecono usunięcie ww. nieprawidłowości, zwrot nienależnie pobranej kwoty świadczeń i nałożono na podmiot karę finansową w kwocie 5 712,67 zł. NZOZ poinformował ŚOW NFZ o wykonaniu zaleceń pokontrolnych 16 września 2012 r., a do 26 września 2012 r. uregulował ww. zobowiązania finansowe.
- w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 7 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. L. Gieca kontrolą objęto spełnianie warunków dla prawidłowej realizacji świadczeń oraz zasadność kwalifikacji i rozliczania świadczeń w systemie JGP (hospitalizacja, E11-E14) i stwierdzono, że w losowo wybranej próbie 270 hospitalizacji miało miejsce siedem przypadków (2,6% badanej próby) nieprawidłowego zakwalifikowania hospitalizacji do grupy E11 zamiast do E12¹⁸, co skutkowało obciążeniem ŚOW NFZ nieuzasadnionymi kosztami w kwocie 110 124 zł. Zalecono usunięcie ww. nieprawidłowości, zwrot nienależnie pobranej kwoty świadczeń i nałożono na podmiot karę finansową w kwocie 76 658,90 zł. Szpital do 1 października 2012 r. uregulował ww. zobowiązania finansowe, a 9 października 2012 r. poinformował ŚOW NFZ o wykonaniu zaleceń pokontrolnych.
- w Beskidzkim Centrum Onkologii – Szpitalu Miejskim im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej kontrolą objęto spełnianie warunków dla prawidłowej realizacji świadczeń oraz zasadność kwalifikacji i rozliczania świadczeń w systemie JGP (hospitalizacja) i stwierdzono:
 - w zakresie pomieszczeń: brak dwóch łóżek intensywnej opieki medycznej i siedmiu łóżek intensywnego nadzoru kardiologicznego,
 - w zakresie wyposażenia: brak aktualnych przeglądów stanu technicznego sześciu aparatów EKG, dwóch defibrylatorów, dwóch aparatów Holtera, ośmiu kardiomonitorów, 13 pomp infuzyjnych, dwóch stymulatorów, dwóch aparatów do stymulacji zewnętrznej, cykloergometru i bieżni do prób wysiłkowych,

¹⁷ W dokumentacji medycznej ww. trzech pacjentów brak było wzmianki o wykonaniu w drugim etapie leczenia interwencji w tętnicach wieńcowych, która jest niezbędna do zakwalifikowania leczenia do grupy E11.

¹⁸ W dokumentacji medycznej ww. siedmiu pacjentów brak było wzmianki o wykonaniu w drugim etapie leczenia interwencji w tętnicach wieńcowych, która jest niezbędna do zakwalifikowania leczenia do grupy E11.

- o w zakresie zasadności kwalifikowania i rozliczania świadczeń: w losowo wybranej próbie 70 hospitalizacji miało miejsce 13 przypadków (13% badanej próby) nieprawidłowego zakwalifikowania hospitalizacji do właściwej grupy JGP (w 9 przypadkach nieprawidłowo wskazano grupę E16 (w treści protokołu kontroli odnoszącej się do ww. przypadków stwierdzono, między innymi, że tryb przyjęcia, stan pacjentów, przeprowadzona diagnostyka i zastosowana terapia nie dawały podstaw do rozliczenia świadczenia poprzez grupę E16, przy czym nie wskazano grupy właściwej, w przypadku dwóch spośród ww. pacjentów stwierdzono dodatkowo, że rozpoznanie w historii choroby jest inne niż sprawozdawano do ŚOW NFZ), a w 4 przypadkach grupę E17 (w treści protokołu kontroli odnoszącej się do ww. przypadków stwierdzono, między innymi, że przeprowadzona diagnostyka i zastosowana terapia nie dawały podstaw do rozliczenia świadczenia poprzez grupę E17, przy czym nie wskazano grupy właściwej, w jednym spośród ww. przypadków stwierdzono, że dokonanej kwalifikacji nie uzasadniał wywiad i stan pacjenta w trakcie hospitalizacji, a w kolejnym dodatkową przesłanką był brak oznaczenia poziomu troponiny w sytuacji, gdy w karcie wypisowej podano rozpoznanie *Niestabilna choroba wieńcowa Tn (-)*), co skutkowało obciążeniem ŚOW NFZ nieuzasadnionymi kosztami w kwocie 32 100 zł. Zalecono usunięcie ww. nieprawidłowości, zwrot nienależnie pobranej kwoty świadczeń i nałożono na podmiot karę finansową w kwocie 30 000 zł. Szpital poinformował ŚOW NFZ o wykonaniu zaleceń pokontrolnych 30 października 2012 r., a do 30 listopada 2012 r. uregulował ww. zobowiązania finansowe.

[Dowód: akta kontroli str. 145-220, 250-251]

W trakcie ww. sześciu kontroli udzielania świadczeń medycznych pod kątem zasadności ich kwalifikacji z zakresu kardiologii i rozliczania w systemie JGP, dokonano sprawdzenia dokumentacji medycznej 876 hospitalizacji, z czego w 33 przypadkach (3,8% badanej próby) stwierdzono nieprawidłowe zakwalifikowanie hospitalizacji do grupy JGP i w konsekwencji nieprawidłowe rozliczenie udzielonych świadczeń.

[Dowód: akta kontroli str. 145-220]

Dyrektor ŚOW NFZ wyjaśniła, że nadzór merytoryczny nad jakością udzielanych świadczeń zdrowotnych sprawowany jest poprzez kontrolowanie realizacji umów zawieranych przez poszczególnych świadczeniodawców z ŚOW NFZ. Weryfikacji podlega zgodność warunków udzielania świadczeń z wymogami opisanymi w przepisach prawa (w tym w zarządzeniach Prezesa NFZ w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne). Według Dyrektora ŚOW *Oddział sprawuje nadzór nad jakością udzielanych świadczeń zdrowotnych w zakresie czynników umożliwiających personelowi podmiotu zobowiązanego do udzielania świadczeń finansowanych ze środków publicznych wykonywanie swoich zadań, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej, w zakresie:*

1. *Zasobów ludzkich tj. liczby, kompetencji, kwalifikacji personelu, jego umiejętności oraz doświadczenia. (...)*
2. *Zasobów materialnych tj. wyposażenia technicznego w sprzęt i aparaturę medyczną. (...)*

3. Organizacji udzielania świadczeń tj. realizacji świadczeń przez personel zgodnie z obowiązującymi wymaganiami. (...)
4. Infrastruktury tj. wyposażenia budynków i pomieszczeń. (...)
5. Zewnętrznej oceny jakości potwierdzonej certyfikatem, m.in. certyfikatem systemu zarządzania lub certyfikatem akredytacyjnym Ministra Zdrowia.
6. Kontroli zakażeń szpitalnych i polityki antybiotykowej. (...)
7. Wyników ostatniej kontroli przeprowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia i zakończonej wystąpieniem pokontrolnym z uwzględnieniem ewentualnych zastrzeżeń wniesionych do dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (...).

Kontroli podlega również zbiorcza i indywidualna dokumentacja medyczna wytworzona przez personel medyczny w związku z realizacją kontrolowanych świadczeń. W tej części kontroli podlega kompletność prowadzonej dokumentacji medycznej oraz kompletność i kompleksowość dokonywanych w niej wpisów. (...) Kontroli podlega zasadność udzielonych świadczeń w aspekcie istnienia przesłanek do rozpoczęcia hospitalizacji pacjenta i przedstawienia do rozliczenia zrealizowanego procesu diagnostyczno-terapeutycznego w sposób zgodny z obowiązującymi zasadami rozliczeń, katalogami świadczeń oraz charakterystyką grup JGP. W tej części kontroli podlega treść wpisów dokonywanych w indywidualnej i zbiorczej dokumentacji medycznej, dotyczących zrealizowanego procesu diagnostyczno-leczniczego, w aspekcie spełnienia warunków (np. wykonanie procedury medycznej, czasu trwania hospitalizacji, udokumentowania wykazanego w rozliczeniu rozpoznania medycznego) umożliwiających jego rozliczenie poprzez wykazane do sfinansowania świadczenie.

[Dowód: akta kontroli str. 223-248]

Art. 64 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej stanowi, że kontrolę dokumentacji medycznej oraz jakości i zasadności udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych (NFZ) może zlecić, w razie potrzeby, osobie posiadającej wykształcenie medyczne odpowiadające zakresowi prowadzonej kontroli, a w przypadku konieczności zbadania lub rozstrzygnięcia określonych zagadnień wymagających specjalnych kwalifikacji - powołać specjalistę w danej dziedzinie.

W skład każdego z zespołów kontrolnych ŚOW, które przeprowadziły ww. kontrole udzielania świadczeń w zakresie kardiologii wchodziła osoba posiadająca wykształcenie medyczne (co najmniej lekarz medycyny), przy czym żadna z nich nie posiadała specjalizacji w zakresie kardiologii.

W latach 2012-2014 w komórkach organizacyjnych ŚOW przeprowadzających kontrole u świadczeniodawców było zatrudnionych od 41 do 44 pracowników, w tym od 18 do 22 lekarzy medycyny o różnych specjalnościach (innych niż kardiologiczna).

[Dowód: akta kontroli str. 221-222, 254-262]

Dyrektor ŚOW NFZ wyjaśniła, że w trakcie kontroli udzielania świadczeń medycznych z zakresu kardiologii ŚOW NFZ nie korzystał z prawa do powołania specjalisty, gdyż (...) zarówno przedmiot jak i zakres przeprowadzanych kontroli pozwalał na przeprowadzenie czynności kontrolnych przy zaangażowaniu wyłącznie pracowników Działu Kontroli Realizacji Umów. (...) w zakresie kompetencji kontrolnych NFZ nie leży dokonywanie ocen prawidłowości realizacji procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Zakres uprawnień NFZ nie obejmuje również kwestii związanych z zasadnością realizacji procedur i czynności medycznych w odniesieniu do algorytmów czy też przyjętych standardów postępowania

medycznego. Kontrole przeprowadzane przez NFZ dotyczą w szczególności organizacji i sposobu udzielania świadczeń oraz zgodności udzielania i rozliczania świadczeń z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.

[Dowód: akta kontroli str. 120, 128-129]

Według wyjaśnień Dyrektora ŚOW NFZ, w Oddziale wykorzystywane jest narzędzie informatyczne, jakim jest Portal Świadczeniodawcy. Za pośrednictwem przedmiotowego portalu dane są udostępniane (edytowane), modyfikowane i przesyłane, co stanowi element komunikacji pomiędzy Oddziałem a świadczeniodawcą. Portal umożliwia także przekazanie do systemu Oddziału (za pośrednictwem wniosku portalowego) informacji na temat zatrudnienia, zwolnienia czy też edycji danych personelu, jak również informacji na temat nabycia czy usunięcia z umowy sprzętu. Przedmiotowe wnioski poddawane są procesowi weryfikacji obejmującemu sprawdzenie spełnienia przez poszczególnych świadczeniodawców warunków wymaganych, określonych w stosownych rozporządzeniach Ministra Zdrowia i Zarządzeniach Prezesa NFZ, jak również warunków dodatkowo ocenianych, wskazanych w ofercie na etapie postępowania poprzedzającego zawarcie umowy. Zaakceptowanie przez Oddział Funduszu przesłanego wniosku, powoduje aktualizację danych w słowniku danego świadczeniodawcy, a w konsekwencji stanowi akceptację zmian w treści zawartej umowy. W sytuacji gdy zaproponowana przez świadczeniodawcę zmiana skutkuje niespełnieniem ustalonych warunków wymaganych lub dodatkowo ocenianych, Oddział wszczyna postępowanie mające na celu doprowadzenie do realizacji umowy zgodnie z ustalonymi warunkami, na podstawie treści zarządzenia wewnętrznego Dyrektora Śląskiego OW NFZ nr 310/2014 (ze zm.) ws. procedury rozpatrywania zmian w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie personelu, harmonogramu, sprzętu zgłoszonego do umowy oraz umów podwykonawczych. Wskazany tryb postępowania pozwala na monitorowanie prawidłowości realizacji zawartych umów oraz na nadzór merytoryczny nad jakością udzielanych świadczeń.

[Dowód: akta kontroli str. 251-252]

Zgodnie z treścią „Procedury konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁹” komisja konkursowa przeprowadza obligatoryjnie kontrolę u oferentów, którzy dotychczas nie mieli zawartej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z NFZ w zakresie, na który została złożona oferta. Podczas kontroli komisja porównuje informacje zawarte w ofercie ze stanem faktycznym.

Trzech spośród 28 świadczeniodawców, którzy złożyli oferty na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie kardiologii w latach 2012-2014, nie miało uprzednio zawartej z NFZ umowy na ten zakres świadczeń.

W wydanym 13 grudnia 2011 r. Zarządzeniu Wewnętrznym nr 408/2011²⁰ Dyrektor ŚOW NFZ zezwolił na odstąpienie od przeprowadzania ww. kontroli u oferentów, zaznaczając, że wykonanie czynności kontrolnych winno nastąpić po zakończeniu postępowań i podpisaniu umów, jednak nie dłużej niż do 31 marca 2012 r. Dyrektor ŚOW wyjaśniła, że było to spowodowane koniecznością zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej wobec krótkich terminów na dokonanie czynności w ramach postępowania konkursowego.

¹⁹ Nr 2011/001/BO/KONTR/5.9.

²⁰ W sprawie wyrażenia zgody na odstąpienie od stosowania przez Komisje Konkursowe procedury konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych o numerze 2011/001/BO/KONTR/5.9.

Każdy z ww. trzech podmiotów został poddany kontroli w terminie wskazanym w ww. zarządzeniu Dyrektora ŚOW (styczeń-luty 2012 r.). Konsekwencją jednej z ww. kontroli było rozwiązanie zawartej umowy²¹, w jednym przypadku nałożono na podmiot karę umowną²², a w jednym nie stwierdzono nieprawidłowości²³.

[Dowód: akta kontroli str. 139-144, 145-165]

W toku dodatkowego postępowania konkursowego kontrolę potwierdzenia treści złożonej oferty ze stanem faktycznym przeprowadzono w kolejnym podmiocie²⁴ zgodnie z obowiązującą procedurą. Stwierdzono zgodność oferty ze stanem faktycznym i zawarto umowę o wartości zgodnej ze złożoną ofertą.

[Dowód: akta kontroli str. 10,15-16]

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zwraca uwagę, że pomijanie przez ŚOW NFZ w trakcie kontroli ważnych zagadnień dotyczących prawidłowości realizacji procesu diagnostyczno-terapeutycznego, zasadności realizacji procedur i czynności medycznych, a także zgodności postępowania poszczególnych świadczeniodawców z treścią przyjętych standardów (wytycznych) postępowania medycznego, może zwiększać ryzyko niezapewnienia przez podmioty lecznicze należytej jakości udzielanych świadczeń. Ponadto, §1 ust. 2 umów zawieranych pomiędzy ŚOW NFZ, a świadczeniodawcami stanowi, iż *świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w szczególności w warunkach zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, ustalonych na dany okres rozliczeniowy w drodze zarządzenia Prezesa NFZ wydanego na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.*

W §11 ust. 1 zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne²⁵, wydanego na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej zapisano natomiast: *Przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniodawca jest zobowiązany do stosowania zasad postępowania medycznego zgodnego z aktualnym stanem wiedzy, zawartych w standardach określonych w obowiązujących przepisach prawa oraz wytycznych, zaleceniach i rekomendacjach wydawanych przez towarzystwa naukowe zraszające specjalistów z właściwych dziedzin medycyny.*

NIK zwraca także uwagę, że pomimo uprawnienia nadanego przepisami art. 64 ust. 3 ustawy o świadczeniach, kontrole przeprowadzane przez Oddział w ograniczonym stopniu dotyczyły jakości i zasadności udzielanych świadczeń, ponieważ obejmowały głównie sposób realizacji umowy z NFZ, zasadność kwalifikowania pacjentów do grup JGP, prawidłowość rozliczenia procedur medycznych oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną a także stan pomieszczeń, kwalifikacji i zasady zatrudniania personelu. NIK uwzględnił fakt, że zbadanie zasadności udzielanych świadczeń wymagało specjalnych kwalifikacji, a w okresie objętym kontrolą w Oddziale nie zatrudniono lekarzy o specjalizacji z zakresu kardiologii. W przypadku żadnej przeprowadzonej wówczas kontroli nie skorzystano jednak z możliwości powołania specjalisty kardiologa, choć w art. 64 ust. 4 ww. ustawy zawarto taką możliwość. Skutkiem braku prowadzonej w ten sposób kontroli może być ryzyko niezapewnienia przez podmioty lecznicze należytej

²¹ Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Pszczynie (miejsce udzielania świadczeń podmiotu: Centrum Dializa sp. z o.o. z Sosnowca.

²² ZZOZ w Cieszynie.

²³ WSS nr 5 w Sosnowcu.

²⁴ Megrez Spółka z o.o. w Tychach.

²⁵ Nr 89/2013/DSOZ. Analogiczne zapisy znajdowały się też w zarządzeniu Nr 72/2011/DSOZ.

jakości udzielanych świadczeń. Potwierdzają to np. wyniki kontroli NIK przeprowadzonej w Chorzowskim Centrum Kardiologii w Chorzowie (prowadzonym przez Polską Grupę Medyczną z siedzibą w Gliwicach), w którym stwierdzono przypadki odstąpienia od wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, a także zasad sztuki lekarskiej przedstawionych przez konsultantów wojewódzkich z zakresu kardiologii, dotyczących w szczególności czasu hospitalizacji pacjentów o nieustabilizowanym poziomie markerów martwicy mięśnia sercowego.

IV. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

Zgodnie z art. 54 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli²⁶ 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 Katowicach.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag

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 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.

Katowice, dnia 30 czerwca 2015 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Katowicach

Na podstawie art. 35c ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2015 r., poz. 1096) w powyższym tekście dokonano sprostowania oczywistej omyłki pisarskiej poprzez:

zastąpienie na stronie 3 wystąpienia w pierwszym akapicie pkt. 1.1. informacji, że *umowy (...) zawarto z 25 świadczeniodawcami w 2012 r. i z 28 świadczeniodawcami w latach 2013-2014 zapisem wskazującym na: 28 świadczeniodawców w 2012 r. i 25 świadczeniodawców w latach 2013-2014.*

²⁶ Dz. U. z 2012 r., poz. 82 ze zm., zwanej dalej „ustawą o NIK”.