



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Łodzi

LLO.410.006.01.2016

P/16/053

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Łodzi

ul. Kilińskiego 210, 90-980 Łódź

T +48 42 239 32 00, F +48 42 239 32 90

llo@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/16/053 – Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 r.
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Łodzi
Kontrolerzy	<ol style="list-style-type: none">1. Agnieszka Tomalska, główny specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr 98009 z dnia 31 marca 2016 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)2. Barbara Głowińska, główny specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr 98010 z dnia 31 marca 2016 r. (dowód: akta kontroli str. 3-4)3. Dominik Gołacki, specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr 98011 z dnia 31 marca 2016 r. (dowód: akta kontroli str. 5-6)4. Zbigniew Łabęcki, główny specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr LLO/23/2016 z dnia 22 kwietnia 2016 r. (dowód: akta kontroli str. 7-8)5. Maciej Kończalik, główny specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr LLO/21/2016 z dnia 22 kwietnia 2016 r. (dowód: akta kontroli str. 9-10)
Jednostka kontrolowana	Łódzki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Łodzi, ul. Kopcińskiego 58, 90-032 Łódź (zwany dalej „Oddziałem” lub „LOW NFZ”)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Jolanta Kręcka - Dyrektor Oddziału w okresie od 27 grudnia 2012 r. do 25 kwietnia 2016 r. Artur Olsiński - pełniący obowiązki Dyrektora Oddziału od dnia 25 kwietnia 2016 r. (dowód: akta kontroli str. 12-15)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Uzasadnienie
oceny ogólnej

W 2015 r. poziom świadczeń medycznych zabezpieczonych przez Oddział na terenie województwa łódzkiego, był adekwatny do posiadanego budżetu w wysokości 4.603,8 mln zł¹. W porównaniu do 2014 r. nastąpił wzrost wartości zakontraktowanych świadczeń o 6,6%, a dodatkowe środki, pozwoliły Oddziałowi na sfinansowanie większości tzw. nadwykonań. Plan zakupu usług medycznych opracowano zgodnie z krajowymi i regionalnymi priorytetami zdrowotnymi, z uwzględnieniem umów zawartych w latach poprzednich.

Świadczenia opieki zdrowotnej w 2015 r. realizowane były w oparciu o 2.920 umów ze świadczeniodawcami. Oddział zrealizował plan zakupu świadczeń, m.in. poprzez przeprowadzenie konkursów na udzielanie świadczeń zdrowotnych, podczas których zachowano zasadę konkurencyjności pomiędzy świadczeniodawcami.

¹ 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.

Konkursy przeprowadzono zgodnie z obowiązującą procedurą, która nie wymagała uzasadniania przez komisję konkursową decyzji, co do ilości i wartości zamówienia, w sytuacjach kiedy strony postępowania osiągnęły porozumienie. Na terenie powiatów województwa łódzkiego nie było możliwe zawarcie wszystkich potrzebnych umów z powodu braku świadczeniodawców spełniających wymagane warunki.

Pomimo większych środków finansowych Oddziałowi nie udało się w istotny sposób skrócić czasu oczekiwania na świadczenia medyczne, a w niektórych kategoriach czas ten uległ wydłużeniu.

Zobowiązania krótkoterminowe na koniec 2015 r. wyniosły 509.144,11 tys. zł i wzrosły, w porównaniu do 2014 r., o 28,5%. Zobowiązania te zostały w głównej mierze uregulowane w pierwszych miesiącach 2016 r. Oddział podejmował skuteczne działania w celu ustalenia i dochodzenia należności oraz naliczał kary umowne z tytułu nieprawidłowej realizacji świadczeń zdrowotnych m.in. poprzez potrącanie wierzytelności i rozłożenie na raty. Sprawozdanie finansowe Oddziału za 2015 r. było kompletne i rzetelne.

ŁOW NFZ badał kontrolnie prawidłowość rozliczeń świadczeniodawców oraz weryfikował dane o czasie oczekiwania na udzielenie świadczeń.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Analizy stanowiące podstawę sporządzania planów zakupu świadczeń oraz planu finansowego

1.1. Przygotowanie procesu kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej

Opis stanu faktycznego

Plan zakupu świadczeń ŁOW NFZ na 2015 r zatwierdzony został przez Dyrektora Oddziału w dniu 3 października 2014 r., ostatniej zmiany dokonano w dniu 25 lutego 2016 r.² W trakcie prac nad planem Oddział określił 22 priorytety regionalne (na 2015 r. i lata następne), zaakceptowane przez Dyrektora Oddziału w dniu 7 sierpnia 2014 r., określające poprawę dostępności wybranych świadczeń, w tym m.in. dla pacjentów z chorobami nowotworowymi oraz dla pacjentów w podeszłym wieku.

(dowód: akta kontroli str. 1898-1904)

Plan pierwotny opracowany został zgodnie z obowiązującą w tym zakresie procedurą NFZ³. Łączna wartość świadczeń zdrowotnych określona w planie wyniosła 3.669.407,37 tys. zł. Plan przygotowano na podstawie: danych dostępnych w systemie wspomagania informatycznego Oddziału dotyczących świadczeń zdrowotnych wykonanych w 2013 r. i latach poprzednich oraz w okresie styczeń-czerwiec 2014 r., umów zawartych ze świadczeniodawcami (wg stanu na dzień 21 lipca 2014 r.) oraz materiałów analitycznych przekazanych przez Centralę NFZ, w tym m.in. zestawienia planu zakupu na 2014 r. we wszystkich oddziałach oraz migracji. W planie uwzględniono potrzeby zdrowotne na terenie województwa łódzkiego wynikające z: danych demograficznych i epidemiologicznych, rzeczywistego wykonania świadczeń w ramach umów, przy założeniu zwiększenia dostępności do świadczeń priorytetowych regionalnych i centralnych.

² Zw. dalej „planem”, „planem pierwotnym” i „planem po zmianach”.

³ Procedura definiowania priorytetów i planowania zakupu świadczeń, wprowadzona przez Prezesa NFZ pismem znak: DSOZ/2012/075/1544/W/22900/KKU z dnia 3 września 2012 r., zmieniona pismem znak: DAiS.0331.7.2015, W.18965.KI z dnia 1 lipca 2015 r.

W 2015 r. obowiązywało 2.920 umów ze świadczeniodawcami (o 30 mniej niż w 2014 r.) na łączną wartość kontraktową 3.257.237,70 tys. zł (o 215.018,36 tys. zł, tj. o 7,1% więcej niż w 2014 r.). Nowych umów zawarto: 141 w 2014 r. i 120 w 2015 r. na kwoty kontraktowe odpowiednio: 464.487,77 tys. zł i 383.255,40 tys. zł

Łączna wartość zakupu świadczeń, wg. propozycji Oddziału na 2015 r. (tj. wg prognozy świadczeń opieki zdrowotnej opracowanej w dniu 27 maja 2014 r. i zatwierdzonej przez Dyrektora Oddziału w dniu 30 maja 2014 r.)⁴, wyniosła 3.563.241,08 tys. zł i była wyższa o 13.627,20 tys. zł (o 0,4%) w stosunku do wartości planu pierwotnego⁵. W stosunku do prognozy, największe różnice w planie pierwotnym odnotowano w następujących rodzajach świadczeń medycznych: opieka paliatywna i hospicyjna (88,7%), profilaktyczne programy zdrowotne (90,7%), pomoc doraźna i transport sanitarny „N” (94,6%), świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze (96,5%) oraz zaopatrzenie w wyroby medyczne wydawane na zlecenie (97,7%). W pozostałych przypadkach, wartości planowanych pozycji wynosiły od 98,5% (leczenie szpitalne-programy lekowe-swiadczenia) do 104,7% (leczenie szpitalne-programy lekowe-substancje) w stosunku do prognozy.

Łączna wartość planu po zmianach wynosiła 3.796.109,91 tys. zł i w stosunku do planu pierwotnego była wyższa o 6,9%. Procentowo najwyższe zwiększenia planu odnotowano w rodzajach: profilaktyczne programy zdrowotne (o 15,7%, tj. o 1.584,99 tys. zł) i podstawowa opieka zdrowotna (o 12,3%, tj. o 64.342,14 tys. zł). Największe procentowe zmniejszenia odnotowano w pozycjach: leczenie szpitalne-chemioterapia-substancje (o 25,8%, tj. o 7.920,72 tys. zł) i leczenie szpitalne-chemioterapia-swiadczenia (o 7,6%, tj. o 3.755,41 tys. zł).

Przy planowaniu środków na chemioterapię uwzględniono m.in. zmiany wynikające z wprowadzenia tzw. szybkiej ścieżki diagnostycznej i terapeutycznej dla pacjentów z podejrzeniem choroby nowotworowej. W związku z niewykorzystaniem przez świadczeniodawców pełnej pierwotnie planowanej kwoty na ww. świadczenia, środki finansowe po stosownych przesunięciach wykorzystane zostały do rozliczeń międzyokresowych oraz zabezpieczenia świadczeń w ramach nowych lub zmienionych w 2015 r. programów lekowych.

(dowód: akta kontroli str. 1905-2014, 2019-2022, 2042, 2055, 2068-2069, 2109)

W 2015 r. dokonano 40 zmian rejonów, w obrębie których oddział prowadził postępowania mające na celu zawarcie umów ze świadczeniodawcami i zabezpieczenie dostępu do świadczeń zdrowotnych określonych w planie ich zakupu. Zmiany dotyczyły: zawężenia terenu (26 przypadków) głównie z przyczyny powstania nowych miejsc wykonywania świadczeń na obszarach powiatów; rozszerzenia terenu (6 przypadków) głównie w związku z rozwiązaniem umowy ze świadczeniodawcą i brakiem informacji o innym świadczeniodawcy działającym na terenie danego powiatu (w celu utrzymania tej samej liczby świadczeń) oraz w związku ze zmianami terenów kontraktowania (8 przypadków) wynikającymi z pojawienia się nowych świadczeniodawców.

(dowód: akta kontroli str. 2015-2018)

W obowiązujących w 2015 r. w lecznictwie szpitalnym umowach ze świadczeniodawcami nie wykazano następujących specjalności lekarskich: choroby płuc dzieci (221269), endokrynologia ginekologiczna i rozrodczość (221270), endokrynologia i diabetologia dziecięca (221271), gastroenterologia dziecięca (221272), intensywna terapia (221273), medycyna morska i tropikalna (221275),

⁴ Zw. dalej „prognozą”.

⁵ Przy opisie prognozy i planu nie uwzględniono kosztów ratownictwa (119.793,50 tys. zł) medycznego pozostającego w dyspozycji Wojewody Łódzkiego.

nefrologia dziecięca (221276), pediatria metaboliczna (221277), perinatologia (221278), epidemiologia – dot. lekarza dentystry (226203).

Dostęp do specjalności został zabezpieczony przez równoważne specjalności wskazane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁶. Przykładowo: równoważnikiem specjalisty w dziedzinie chorób płuc jest specjalista w dziedzinie chorób płuc dzieci, a specjalisty w dziedzinie położnictwa i ginekologii jest specjalista w dziedzinie endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości.

(dowód: akta kontroli str. 1573-1585, 2023-2041)

W latach 2014 i 2015 do Oddziału wpływały opinie, oceny, uwagi i wnioski dotyczące kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej, m.in. od konsultantów wojewódzkich (12 pism), Samorządu Województwa Łódzkiego (4 pisma) oraz powiatów (5 pism). Pisma konsultantów wojewódzkich dotyczyły m.in. zasadności zwiększenia lub pozostawienia na tym samym poziomie liczby miejsc na oddziałach szpitalnych oraz zabezpieczenia realizacji wybranych świadczeń, a także potwierdzenia spełnienia warunków przez podmioty lecznicze dla uzyskania stopnia referencyjnego i zasadności przeprowadzenia wybranych zabiegów operacyjnych. Samorządy województwa i powiatowe wnioskowały o uzyskanie wybranych kontraktów przez odpowiednio: wojewódzkie i powiatowe placówki medyczne. Oddział uwzględnił uwagi, wnioski zawarte w dziesięciu z ww. pism (m.in. poprzez ogłoszenie i rozstrzygnięcie postępowań na wybrane świadczenia zdrowotne), nie uwzględnił dziewięciu oraz przyjął do wiadomości informacje zawarte w dwóch pismach.

Jak wyjaśnił p.o. Dyrektora Oddziału, oczekiwania wnioskujących uwzględniane są w przypadku niewystarczającego zabezpieczenia świadczeń w danym zakresie i na danym terenie. W innych przypadkach, część wniosków, które wpłynęły w ciągu danego roku może zostać uwzględniona w roku następnym, ze względu na skutek finansowy związany z zawarciem nowych kontraktów.

(dowód: akta kontroli str. 1854-1897, 2054-2067)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Na podstawie 1.038 informacji nt. wykonanych świadczeń, przekazanych przez 10 świadczeniodawców w 2015 r.⁷, stwierdzono, że 164 informacje (dotyczące 51.068 świadczeń na łączną kwotę 98.074 tys. zł) przekazane zostały w terminie, tj. do 10-go dnia po miesiącu rozliczeniowym. Pozostałe informacje Oddział otrzymał z opóźnieniem, i tak:

- 386 informacji (dot. 3.370 świadczeń na kwotę 11.012,1 tys. zł) wynoszącym od 1 do 30 dni,
- 311 informacji (dot. 3.799 świadczeń na kwotę 5.962,2 tys. zł) – od 31 do 99 dni,
- 130 informacji (dot. 4.306 świadczeń na kwotę 1.610,3 tys. zł) – od 101 do 200 dni,
- 37 informacji (dot. 168 świadczeń na kwotę 152,5 tys. zł) – od 201 do 296 dni,
- 10 informacji (dot. 50 świadczeń na kwotę 155,3 tys. zł) – od 308 do 401 dni.

Z badanej liczby informacji, 52 dotyczyły świadczeń wykonanych w grudniu 2015 r., z tego 14 (dot. 4.618 świadczeń na łączną kwotę 9.595,0 tys. zł) przekazano

⁶ Dz. U. z 2016 r. poz. 694 ze zm.

⁷ Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki, SP ZOZ Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, SP ZOZ Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Łodzi, SP ZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. N. Barlickiego w Łodzi, Samodzielny Szpital Wojewódzki w Piotrkowie Tryb., Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. WAM w Łodzi – Centralny Szpital Weteranów, Specjalistyczny Psychiatryczny ZOZ w Łodzi, Szpital Wojewódzki w Sieradzu, Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. M. Pirogowa w Łodzi, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi.

w terminie. Pozostałe informacje przekazano z opóźnieniem wynoszącym od 1 do 30 dni (34 informacje dot. 153 świadczeń na kwotę 385,6 tys. zł) i od 65 do 96 dni (4 informacje dot. 9 świadczeń na kwotę 10,1 tys. zł).

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że Oddział „w związku z występowaniem opóźnień w przekazywaniu danych nie podejmował żadnych działań wobec świadczeniodawców. Obowiązujące przepisy prawa (w tym zapisy umów ŁOW NFZ ze świadczeniodawcami) nie przewidują poza opóźnieniem wypłaty należności za dany okres sprawozdawczy żadnych konsekwencji dla świadczeniodawców za nieterminowe przesyłanie danych sprawozdawczych”.

W wyjaśnieniu wskazano, że występowanie ww. opóźnień po części może wynikać z faktu, że świadczeniodawcy w miejsce zwróconych do weryfikacji świadczeń wprowadzają nowe świadczenia z danego okresu, dotychczas nieprzekazane do Oddziału.

W ocenie NIK przekazywanie powyższych informacji z tak znacznym (nawet ponadrocznym) opóźnieniem może jednak mieć wpływ na dokładność sporządzanych przez Oddział prognoz wydatków w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej oraz planów zakupu świadczeń tym bardziej, że - jak wskazano w wyjaśnieniu Dyrektora Oddziału – ŁOW NFZ nie prowadził analiz w tym zakresie.

(dowód: akta kontroli str. 2042, 2050-2053)

1.2. Przygotowanie planu finansowego Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ na 2015 r.

Opis stanu faktycznego

Dyrektor Oddziału w dniu 23 czerwca 2014 r. przygotował projekt planu finansowego na 2015 r. Plan też przygotowany został w oparciu o otrzymane w dniu 16 czerwca 2014 r. wytyczne z Centrali NFZ określające: wartość kosztów świadczeń opieki zdrowotnej ogółem, kosztów realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego oraz kosztów administracyjnych. Ogólna wartość projektowanego planu wyniosła 4.579.031 tys. zł, w tym 4.406.322 tys. zł (96,2%) stanowiły koszty świadczeń zdrowotnych. W kosztach świadczeń zdrowotnych uwzględniono kwotę 310.033 tys. zł stanowiącą koszty w ramach migracji ubezpieczonych. Jak wskazano w części opisowej projektu planu finansowego, przy planowaniu podziału środków na świadczenia zdrowotne Oddział zachował dotychczasową strukturę rodzajową kosztów świadczeń zdrowotnych, utrzymał dotychczasowe zasady kontraktowania świadczeń oraz uwzględnił skutki projektowanych zmian dotyczących tzw. „szybkiej ścieżki onkologicznej” i wysokość zobowiązań Oddziału w stosunku do świadczeniodawców za 2013 r. W stosunku do planu na 2014 r. nastąpił wzrost wartości planowanych kosztów w większości rodzajów świadczeń, w tym m.in. na „szybką ścieżkę onkologiczną” w ramach: podstawowej opieki zdrowotnej (dalej zw. POZ), ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (dalej zw. AOS) i leczenia szpitalnego (dalej zw. LSz). Ogółem wartość planu była wyższa od planu na 2014 r. (wg stanu na dzień 5 czerwca 2014 r.) o 146.263 tys. zł, tj. o 3,4%. Projekt planu został pozytywnie zaopiniowany przez Radę ŁOW NFZ w dniu 25 czerwca 2014 r.

Plan finansowy NFZ na 2015 r. został zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 31 lipca 2014 r.

W 2015 r. dokonano ogółem 22 zmian i przesunięć w planie finansowym Oddziału, z tego:

- 13 zmian zatwierdzonych przez Prezesa NFZ lub Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów, z tego 11 zmian w sprawie zwiększenia planu (na łączną kwotę 198.035 tys. zł) i 2 decyzje z grudnia 2015 r. w sprawie zmniejszenia planu (bilansowo o 10.856 tys. zł),
- 9 zmian (decyzji) Dyrektora Oddziału w sprawie przesunięcia środków w ramach planowanych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej.

Wartość planu po zmianach (ostatecznego) wyniosła 4.766.210 tys. zł (104,1% wartości planu pierwotnego), w tym 4.603.865 tys. zł (96,6 %) stanowiły koszty świadczeń zdrowotnych.

Pierwsza zmiana planu finansowego wynikała z decyzji Prezesa NFZ w sprawie uruchomienia rezerwy na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych (310.033 tys. zł). Wprowadzone przez Prezesa NFZ kolejne zmiany (zwiększenia na łączną kwotę 198.035 tys. zł) uzasadniane były m.in.: wyrównaniem planowanych nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej na 2015 r. w porównaniu do poziomu z 2014 r. obowiązującego na etapie tworzenia planu na 2015 r., koniecznością zabezpieczenia środków finansowych na nielimitowane świadczenia onkologiczne, wzrostem wartości umów w rodzaju LSz, wzrostem stawki kapitacyjnej lekarzy POZ i liczby osób na listach POZ, koniecznością wprowadzenia dodatkowych etatów, podwyżką wynagrodzeń pielęgniarek i położnych oraz zakupem środków trwałych i licencji. Zwiększenie planu wynikało również z uruchomienia rezerwy ogólnej (22 mln zł) na sfinansowanie nielimitowanych świadczeń ratujących życie w LSz, w tym w pakiecie onkologicznym oraz świadczeń dla pacjentów z chorobą nowotworową.

Zmniejszenie o 961 tys. zł (w grudniu 2015 r.) planowanej wartości kosztów realizacji zadań ratownictwa medycznego (poz. B4) wynikało z niższej wartości aneksu do umowy zawartej pomiędzy Wojewodą Łódzkim a Dyrektorem Łódzkiego Oddziału NFZ, dotyczącej zasad i trybu udzielania oraz rozliczania dotacji celowej na 2015 r., przeznaczonej na sfinansowane zadań tych zespołów. Aneks zawarto w związku z niepełnym wykorzystaniem środków, które decyzjami Wojewody Łódzkiego zostały przeznaczone na inne cele. Wartość planu po zmianach w pozycji B4 wyniosła 120.151 tys. zł (99,2% wartości planu pierwotnego), a wykonanie 119.991,55 tys. zł (odpowiednio 99,07% i 99,87% wartości planowanej pierwotnie i planu po zmianach).

Ponadto, w grudniu 2015 r. zmniejszono wartości w następujących pozycjach planu finansowego:

- rezerwy na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych (poz. F2) – o 11.438 tys. zł,
- koszty finansowe (poz. H) - o 2.196 tys. zł.

Pierwotnie w poz. F2 planu finansowego przyjęto wartość 16.200 tys. zł, a według planu po zmianach - 4.600 tys. zł. Wykonanie wyniosło natomiast 1.204,43 tys. zł (7,43% wartości pierwotnie planowanej i 26,18% wartości planu po zmianie). Z kolei wartość planu finansowego w poz. H wyniosła 5.000 tys. zł (plan pierwotny) i 2.800 tys. zł (plan po zmianie). Wykonanie tej pozycji wyniosło natomiast 1.176,58 tys. zł (23,53% wartości określonej w planie pierwotnym i 42,02% planu po zmianie). Ponadto, wykonanie planu w 2014 r. w poz. F2 i H wyniosło odpowiednio: 2.120,83 tys. zł i 1.052,29 tys. zł.

P.o. Dyrektora Oddziału wyjaśnił m.in., że podstawą planowania poz. F2 i H jest wartość zobowiązań warunkowych, które mogą zakończyć się negatywnym rozstrzygnięciem przed sądem w roku, którego dotyczy planowanie. Wysokość planu w pozycji H jest w ścisłej korelacji z poz. F2. Niski poziom realizacji tych pozycji wynika m.in. z nierozstrzygnięcia spraw sądowych o zapłatę za świadczenia ponadlimitowe, które wcześniej zostały ujęte w prognozie kosztów. Trudne jest ustalenie kierunku, w jakim potoczy się postępowanie sądowe oraz terminu jego zakończenia.

Analiza decyzji w sprawie przesunięcia środków (wynikowo) o 30.345 tys. zł, wydanych w listopadzie i grudniu 2015 r. przez Dyrektora ŁOW NFZ wykazała, że były one uzasadnione m.in.: koniecznością poprawienia dostępności do wybranych świadczeń, optymalnym rozliczeniem zawartych kontraktów, prognozowanym

nadwykonaniem poszczególnych rodzajów świadczeń, utrzymującą się tendencją wzrostową wydatków związanych z refundacją wyrobów medycznych dostępnych na zlecenie, potrzebą zabezpieczenia refundacji leków, czy też umożliwieniem rozliczenia kosztów międzyokresowych w ramach migracji pacjentów pomiędzy oddziałami wojewódzkimi NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 17-187, 2043-2046)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena cząstkowa

Oddział zgodnie z obowiązującymi w NFZ procedurami przygotował plan zakupu oraz plan finansowy Oddziału na 2015 r. W zakresie finansowania świadczeń zdrowotnych planowanie to sprowadzało się do rozdysponowania limitu środków przyznanych przez Prezesa NFZ na poszczególne rodzaje tych świadczeń. W takim systemie Oddział miał ograniczone możliwości w finansowaniu poszczególnych rodzajów usług medycznych.

2. Kontraktowanie świadczeń na 2015 r., ze szczególnym uwzględnieniem zapewnienia równomiernego dostępu do nich

2.1. Kontraktowanie świadczeń

Opis stanu
faktycznego

Kontraktując świadczenia na 2015 r. w ŁOW NFZ nie wystąpiły przypadki wyłączenia stosowania procedury kontraktowania, tj. „Procedury konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”⁸.

(dowód: akta kontroli str. 2178-2194)

Na rok 2015 Oddział przeprowadził 124 konkursy ofert w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych⁹, z czego 47 zostało unieważnionych, a 77 rozstrzygniętych. We wszystkich postępowaniach złożonych zostało 187 ofert, z czego w wyniku rozstrzygnięć zostało wybranych 105 ofert, na podstawie których zawarto umowy ze świadczeniodawcami.

Szczegółowej analizie poddano siedem rozstrzygniętych postępowań, w tym: trzy przeprowadzone w rodzaju AOS¹⁰ i cztery w rodzaju LSz¹¹, z czego dwa na świadczenia wysokospecjalistyczne¹². Jedno postępowanie (na świadczenia wysokospecjalistyczne) zostało przeprowadzone w trybie rokowań¹³, natomiast pozostałe - w trybie konkursu ofert.

(dowód: akta kontroli str. 2217-2221)

Na siedem badanych postępowań, tylko w jednym, w wyniku negocjacji nie doszło do zmniejszenia liczby jednostek rozliczeniowych lub ich ceny. W trzech

⁸ Zw. dalej: Procedurą konkursu ofert lub rokowań.

⁹ 34 na AOS, 55 na LSz, 3 na Opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień, 15 na Rehabilitację leczniczą, 11 na Leczenie stomatologiczne, 2 na Profilaktyczne programy zdrowotne i 4 na Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie.

¹⁰ O nr: 05-15-000047/AOS/02/1/01, 05-15-000106/AOS/02/3/02.7250.072.02/01, 05-15-000107/AOS/01/1/02.1560.001.02/01.

¹¹ O nr: 05-15-000015/LSZ/03/6/04, 05-15-000002/LSZ/03/6/01, 05-15-000140/LSZ/03/1/01, 05-15-000034/LSZ/03/16/03.4560.030.02/01.

¹² W wyniku rozstrzygnięć zawarto umowy na łączną kwotę 6.567.035,80 zł.

¹³ Nr 05-15-000015/LSZ/03/06/04.

przypadkach dokonano przesunięć liczby punktów pomiędzy zakresami świadczeń, jednocześnie pozostawiając łączną liczbę punktów oraz wartość ceny za jeden punkt rozliczeniowy w wysokościach zaproponowanych w ofertach. W dwóch postępowaniach, w wyniku negocjacji, zmianie uległa cena za punkt rozliczeniowy oraz liczba oferowanych punktów, przy czym w jednym przypadku miało to wpływ na pozycję rankingu złożonych ofert¹⁴.

Ponadto, w postępowaniu nr 05-15-000107/AOS/01/1/02.1560.001.02/01 Oddział zmniejszył wykazaną przez oferenta liczbę jednostek rozliczeniowych z 2.222 do 1 pkt, uzasadniając tę zmianę niską realizacją umowy w trakcie postępowania przy pełnym wykorzystaniu zgłoszonego potencjału i skierowanym do Oddziału po II kwartale wnioskiem o przesunięcie środków do innych zakresów. Tylko w tym przypadku w dokumentacji konkursowej uzasadniono pisemnie propozycję zmiany liczby jednostek.

(dowód: akta kontroli str. 2220-2383)

W postępowaniu konkursowym nr 05-15-000106/AOS/02/3/02.7250.072.02/01, w trakcie negocjacji z Wojewódzkim Szpitalem Specjalistycznym im. M. Skłodowskiej-Curie w Zgierzu dokonano zmniejszenia, w stosunku do wartości zaproponowanych w ofercie, liczby i ceny jednostek rozliczeniowych, wskutek czego, oferta tego podmiotu leczniczego, z ostatniego miejsca znalazła się na miejscu pierwszym.

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych ŁOW NFZ wyjaśniła, że w rankingu otwarcia, ww. Szpital znalazł się na ostatniej pozycji z najniższą liczbą punktów za kryterium ceny i najwyższą za kryteria niecenowe. Aby zapewnić możliwość skutecznego wyboru najkorzystniejszych ofert, komisja zaprosiła do negocjacji wszystkich oferentów. W wyniku negocjacji, oferent zmienił cenę za punkt i jego oferta uzyskała maksymalną liczbę punktów za kryterium ceny i najwyższą punktację za kryterium niecenowe, w związku z czym z ostatniej pozycji w rankingu jego oferta znalazła się na pierwszym miejscu.

(dowód: akta kontroli str. 2178-2194, 2288-2312, 2644-2700)

We wszystkich badanych postępowaniach przeprowadzone zostały negocjacje z oferentami, a komisja prawidłowo je dokumentowała¹⁵.

(dowód: akta kontroli str. 2220-2383)

Podczas kontroli stwierdzono poprawne wyliczanie przez Oddział punktacji za oferowaną cenę, a także z tytułu pozostałych kryteriów (ciągłość, kompleksowość, jakość, dostępność) oraz łączną liczbę punktów oceny¹⁶. W sytuacji usunięcia braków przez oferentów i konieczność złożenia nowej oferty¹⁷, Oddział uwzględnił wszelkie zmiany, co zapewniło prawidłowe wyliczanie wartości punktowych ofert i rzetelne ustawienie ich w rankingu.

(dowód: akta kontroli str. 2220-2334)

W żadnym z siedmiu postępowań nie wprowadzono wymogu w zakresie jakości i ciągłości udzielania świadczeń, które uniemożliwiałby nowym podmiotom wzięcie

¹⁴ Dotyczy postępowania nr 05-15-000106/AOS/02/3/02.7250.072.02/01.

¹⁵ Zgodnie z postanowieniami § 15 ust. 4 Regulaminu pracy komisji prowadzącej postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiącej załącznik do uchwały nr 36/2005/II Rady NFZ z 4 października 2015 r.

¹⁶ Analizie poddano pięć postępowań o nr: 05-15-000047/AOS/02/1/01, 05-15-000106/AOS/02/3/02.7250.072.02/01, 05-15-000107/AOS/01/1/02.1560.001.02/01, 05-15-000015/LSZ/03/6/04, 05-15-000002/LSZ/03/6/01.

¹⁷ Z uzupełnionymi, poprawionymi danymi w zakresie zasobów, personelu oraz odpowiedziami w ankiecie.

w nich udziału. W czterech, oferenci mogli uzyskać dodatkowe punkty za wykonywanie w poprzednich latach określonej liczby badań oraz realizację świadczeń w trakcie postępowania w danym zakresie na podstawie umowy zawartej z NFZ lub realizacji świadczeń wysokospecjalistycznych w 2014 r. na podstawie umowy zawartej z Ministerstwem Zdrowia, natomiast w trzech mogli uzyskać dodatkowe punkty tylko za realizację świadczeń w trakcie postępowania w danym zakresie na podstawie umowy zawartej z NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 2220-2383)

Na siedem poddanych kontroli postępowań, w pięciu komisje konkursowe przeprowadziły postępowania w terminach określonych w ogłoszeniach/wnioskach o konkursach. W pozostałych postępowaniach termin rozstrzygnięcia został przesunięty o 4 i 12 dni, co było spowodowane czynnościami komisji konkursowych dotyczącymi weryfikacji ofert oraz miejsc udzielania świadczeń, wskazanych przez oferentów.

W postępowaniu nr 05-15-000002/LSZ/03/6/01 określono bardzo krótki, czterodniowy termin pomiędzy datą otwarcia ofert a datą rozstrzygnięcia konkursu, tj. 15-18 grudnia 2014 r. pomimo, że w pozostałych sześciu postępowaniach poddanych szczegółowej analizie, ww. terminy wynosiły od 9 do 17 dni, co w większości przypadków¹⁸ umożliwiało komisjom konkursowym przeprowadzenie postępowań w wyznaczonych przedziałach czasowych. W przedmiotowym postępowaniu termin rozstrzygnięcia konkursu został przedłużony do 8 dni.

Naczelnik Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej wyjaśniła, że obowiązujące przepisy regulujące sposób ogłaszania i przeprowadzania postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie regulują terminów i czasu pracy komisji. Dyrektor OW NFZ wyznaczając terminy, w jakich zostanie przeprowadzone postępowanie bierze pod uwagę, od kiedy mają być zabezpieczone świadczenia, jak również potencjał i doświadczenie pracowników NFZ. Nie bez znaczenia podczas ustalania terminów na przeprowadzenie postępowania jest ilość jednocześnie prowadzonych postępowań, jak również szacowana liczba ofert.

(dowód: akta kontroli str. 2220-2394)

W trakcie badania złożonych ofert Oddział, zgodnie z postanowieniami Procedury konkursu ofert lub rokowań, dokonywał sprawdzenia, czy nie zachodzą konflikty harmonogramów czasu pracy, tj. czy ten sam personel nie jest w tym samym czasie pracy wykazany w danym postępowaniu w kilku ofertach oraz czy ten sam personel nie jest wykazany w tym samym czasie pracy w różnych postępowaniach. Analiza w zakresie personelu obejmowała również porównanie danych szczegółowych ofert z informacjami zawartymi w ankietach. W sytuacjach rozbieżności, Oddział występował do oferentów o wyjaśnienia elementów spornych harmonogramu personelu.

(dowód: akta kontroli str. 2220-2221)

W 2015 r. Oddział nie przeprowadził postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie art. 161b ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁹ (dalej zw. ustawą o świadczeniach) oraz postępowań uzupełniających na zasadach określonych w § 12 ust. 1 zarządzenia nr 79/2014/DSOZ Prezesa NFZ

¹⁸ Postępowanie nr 05-15-000106/AOS/02/3/02.7250.072.02/01 zostało przedłużone do 21 dni, pomimo, że w ogłoszeniu założono, iż rozstrzygnięcie nastąpi po 9 dniach od dnia otwarcia ofert.

¹⁹ Dz. U. z 2015 r., poz. 581 ze zm., zwana dalej „ustawą o świadczeniach”.

z 5 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju AOS.

Przeprowadzono natomiast cztery postępowania w trybie rokowań na udzielanie świadczeń zdrowotnych, na podstawie art. 154 ust. 7 ustawy o świadczeniach. Do wzięcia udziału w rokowaniach zostali zaproszeni świadczeniodawcy, których odwołania zostały uwzględnione. W wyniku przeprowadzonych postępowań z jednym świadczeniodawcą została zawarta umowa na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jedna oferta została odrzucona z uwagi na niespełnianie wymaganych warunków, natomiast w dwóch postępowaniach świadczeniodawcy nie złożyli ofert.

(dowód: akta kontroli str. 2178-2194, 2217-2219, 2384-2394, 2434-2579)

Zgodnie z Centralnym Wykazem Ubezpieczonych na 28 grudnia 2014 r. liczba ubezpieczonych w województwie łódzkim wynosiła 2.268.362 osób, a 2.333.637 osób było uprawnionych do pobierania świadczeń. Na dzień 27 grudnia 2015 r. powyższe dane wynosiły odpowiednio: 2.259.787 i 2.322.095 osób.

Wartość umów na wszystkie rodzaje świadczeń wzrosła średnio o 6,2% w roku 2015 w stosunku do 2014 r., przy czym na świadczenia w rodzaju leczenie stomatologiczne zmniejszyła się o 0,2%, natomiast na świadczenia w rodzaju POZ²⁰ nie uległa zmianie. Największy wzrost procentowy (o 12%), wystąpił w rodzaju Opieka paliatywna i hospicyjna, a kwotowo - o 148.521.725,00 zł - w rodzaju LSz.

Wartość umów w latach 2014-2015 w przeliczeniu na jednego ubezpieczonego i uprawnionego w poszczególnych rodzajach świadczeń wynosiła:

Rodzaj	Na jednego ubezpieczonego w 2014 r.	Na jednego ubezpieczonego w 2015 r.	Na jednego uprawnionego w 2014 r.	Na jednego uprawnionego w 2015 r.
POZ	13,29 zł	13,34 zł	12,91 zł	12,98 zł
AOS	141,48 zł	150,11 zł	137,52 zł	146,08 zł
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	63,85 zł	66,51 zł	62,06 zł	64,72 zł
Rehabilitacja lecznicza	49,99 zł	53,11 zł	48,59 zł	51,68 zł
Leczenie stomatologiczne	51,40 zł	51,48 zł	49,96 zł	50,10 zł
Leczenie uzdrowiskowe	0,12 zł	0,14 zł	0,11 zł	0,13 zł
Profilaktyczne programy zdrowotne	5,00 zł	5,17 zł	4,86 zł	5,03 zł
Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	47,50 zł	50,20 zł	46,17 zł	48,85 zł
Świadczenia pielęgnacyjne i	22,03 zł	23,48 zł	21,41 zł	22,85 zł
Opieka paliatywna i hospitalizacja	8,85 zł	9,95 zł	8,60 zł	9,68 zł
Ratownictwo medyczne	52,81 zł	53,10 zł	51,33 zł	51,68 zł
Pomoc doraźna i transport sanitarny	0,98 zł	0,99 zł	0,95 zł	0,96 zł
LSz	903,44 zł	972,59 zł	878,17 zł	946,49 zł

(dowód: akta kontroli str. 2178-2194)

Wartość zrealizowanych świadczeń w 2015 r. w stosunku do 2014 r. wzrosła średnio we wszystkich rodzajach o 7,8%, przy czym spadek o 0,9% nastąpił w rodzaju Leczenie stomatologiczne. Największy wzrost procentowy (o 14,1%), wystąpił w rodzaju Lecznictwo uzdrowiskowe, natomiast kwotowy - w rodzaju LSz (o 173.932.443,00 zł).

²⁰ W POZ umowy wartościowe zawarte tylko w nocnej i świątecznej pomocy doraźnej.

Wartość zrealizowanych świadczeń w latach 2014-2015 na jednego ubezpieczonego i uprawnionego w poszczególnych rodzajach świadczeń wynosiła:

Rodzaj	Na jednego ubezpieczonego w 2014 r.	Na jednego ubezpieczonego w 2015 r.	Na jednego uprawnionego w 2014 r.	Na jednego uprawnionego w 2015 r.
POZ	227,70 zł	259,63 zł	221,33 zł	252,66 zł
AOS	141,70 zł	148,65 zł	137,73 zł	144,66 zł
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	64,00 zł	66,44 zł	62,21 zł	64,66 zł
Rehabilitacja lecznicza	51,62 zł	53,11 zł	50,18 zł	51,69 zł
Leczenie stomatologiczne	51,22 zł	50,96 zł	49,79 zł	49,59 zł
Leczenie uzdrowiskowe	0,12 zł	0,13 zł	0,11 zł	0,13 zł
Profilaktyczne programy zdrowotne	4,91 zł	5,06 zł	4,77 zł	4,93 zł
Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	47,52 zł	49,87 zł	46,19 zł	48,54 zł
Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze	22,35 zł	23,45 zł	21,72 zł	22,82 zł
Opieka paliatywna i hospitalizacja	8,89 zł	9,94 zł	8,64 zł	9,67 zł
Ratownictwo medyczne	52,81 zł	53,10 zł	51,33 zł	51,67 zł
Pomoc doraźna i transport sanitarny	0,98 zł	0,99 zł	0,95 zł	0,96 zł
LSz	883,06 zł	963,37 zł	858,36 zł	937,52 zł

(dowód: akta kontroli str. pyt. 1 + odp. be zał.)

Na leczenie ubezpieczonych spoza regionu w latach 2014 i 2015 Oddział wydatkował 6% środków z łącznej kwoty wydatkowanych na świadczenia zdrowotne. Udział ten w poszczególnych rodzajach przedstawiał się następująco:

Rodzaj	2014 r.	2015 r.
0401 Podstawowa opieka zdrowotna	11%	9%
0402 Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	3%	3%
Leczenie szpitalne	7%	7%
0404 Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	10%	10%
0405 Rehabilitacja lecznicza	2%	2%
0407 Leczenie stomatologiczne	2%	3%
0410 Profilaktyczne programy zdrowotne	15%	15%
0411 Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	4%	4%
0414 Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze	4%	3%
0415 Opieka paliatywna i hospicyjna	2%	2%

(dowód: akta kontroli str. 2178-2194)

Z 36 postępowań głównych na poszczególne rodzaje świadczeń, 27 zostało wszczętych i rozstrzygniętych w IV kwartale 2011 r. Pięć postępowań zostało zakończonych w styczniu 2012 r., które rozpoczęły się odpowiednio: jedno w listopadzie i cztery w grudniu 2011 r. W styczniu 2012 r. zostało wszczęte i rozstrzygnięte jedno postępowanie, natomiast w drugiej połowie II kwartału 2012 r. przeprowadzono trzy postępowania. Średni czas trwania postępowań wynosił 40,6 dnia²¹, z czego najkrócej trwało postępowanie w rodzaju LSz – 15 dni, a najdłużej 63 dni na Profilaktyczne programy zdrowotne.

(dowód: akta kontroli str. 2178-2194)

²¹ W wyliczeniach nie wzięto pod uwagę dni wolny od pracy.

Według danych statystycznych przekazywanych przez podmioty lecznicze i gromadzonych przez Oddział, liczba oczekujących na udzielenie świadczenia medycznego wg stanu na koniec 2015 r. wzrosła w stosunku do liczby wykazywanej na koniec 2014 r., z czego o 17% w przypadku świadczeniobiorców ze wskazaniem „stabilne” (odpowiednio: 245.048 osób na koniec 2015 r. i 209.245 osób na koniec 2014 r.) oraz o 107,7% w przypadku świadczeniobiorców ze wskazaniem „pilne” (8.707 osób oczekujących na koniec 2015 r. przy wykazywanych 4.192 osobach na koniec 2014 r.).

Łączna liczba oczekujących na udzielenie świadczeń na koniec grudnia 2015 r. w poszczególnych rodzajach świadczeń wynosiła:

- w przypadku osób zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny”: od 227 w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie do 116.874 w rodzaju AOS,
- w przypadku osób zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek pilny”: od 6 w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie do 4.473 w rodzaju rehabilitacja lecznicza.

W dwóch rodzajach: opieka paliatywna i hospicyjna oraz świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, zgodnie z obowiązującymi przepisami, nie sprawozdawano danych dotyczących osób oczekujących.

Najdłuższe kolejki świadczeniobiorców oczekujących na udzielenie świadczenia medycznego według stanu na koniec 2015 r. dotyczyły:

- w przypadku pacjentów zakwalifikowanych do kategorii „stabilne”: działu (pracowni) fizjoterapii (57.828 osób) osób, poradni okulistycznej (16.582 osób), poradni stomatologicznej (12.540 osób), pracowni rezonansu magnetycznego (11 186 osób), poradni rehabilitacyjnej (9.056 osób),
- w przypadku pacjentów ze wskazaniem „pilne”: działu (pracowni) fizjoterapii (3.182 osób), pracowni rezonansu magnetycznego (1.376 osób), oddziału rehabilitacyjnego (868 osób), pracowni tomografii komputerowej (295 osób) i poradni endokrynologicznej (267 osób).

Średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia medycznego (na koniec 2015 r. w stosunku do danych wykazanych na koniec 2014 r.) przez pacjentów ze wskazaniem „stabilne” wydłużył się w przypadku 112 zakresów²² świadczeń zdrowotnych, a ze wskazaniem „pilne” w przypadku 101 zakresów świadczeń. Natomiast krótszy niż w 2014 r. średni czas oczekiwania odnotowano: w przypadku pacjentów ze wskazaniem „stabilne” – w przypadku 68 zakresów świadczeń, a ze wskazaniem „pilne” - 32 zakresów, w przypadku obu rodzajów wskazań głównie dotyczących procedur onkologicznych.

Najdłuższy średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia medycznego według stanu na koniec 2015 r. dotyczył:

- w przypadku pacjentów zakwalifikowanych do kategorii „stabilne”: oddziału chorób płuc dla dzieci (434 dni), oddziału chirurgii naczyniowej (364 dni), oddziału/ośrodka terapii uzależnienia od alkoholu (344 dni), oddziału rehabilitacyjnego (288 dni), poradni dla osób z autyzmem dziecięcym (269 dni), poradni endokrynologicznej osteoporozy (204 dni) oraz poradni foniatrycznej (188 dni), a także operacji usunięcia zaćmy (do 980 dni) i endoprotezoplastyki stawu kolanowego i biodrowego (odpowiednio do 460 i 372 dni),

²² Zakres rozumiany jak komórka organizacyjna opisana VIII częścią kodu resortowego lub procedura wskazana w rozporządzeniu MZ w sprawie danych gromadzonych przez świadczeniodawców.

- w przypadku pacjentów ze wskazaniem „pilne”: oddziału rehabilitacyjnego (65 dni), oddziału radioterapii (49 dni), oddziału chorób płuc dla dzieci (38 dni), oddziału otorynolaryngologicznego dla dzieci (32 dni) oraz pracowni rezonansu magnetycznego (31 dni), a także operacji – w trybie pilnym - usunięcia zaćmy (do 170 dni) i endoprotezoplastyki stawu kolanowego (do 252 dni).

Jak wyjaśniła Naczelnik Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej, na wydłużenie kolejek oczekujących wpływa w szczególności starzenie się społeczeństwa w województwie łódzkim (województwo jest jednym z najstarszych demograficznie regionów w Polsce) i związana z tym zwiększona zachorowalność na choroby wieku podeszłego, w tym nowotwory, cukrzycę, choroby układu krążenia, układu kostno-stawowego, a tym samym zwiększone zapotrzebowanie na świadczenia stacjonarne, a przede wszystkim ambulatoryjne, w tym diagnostyczne. Ponadto, wpływ na stan kolejek oczekujących mają: łatwość kierowania przez lekarzy POZ pacjentów na wielostronną diagnostykę do leczenia stacjonarnego, wprowadzenie „szybkiej ścieżki onkologicznej”, nieodwoływanie terminów przez pacjentów w przypadku braku możliwości zgłoszenia się lub realizacji świadczenia w innej placówce, wyznaczanie terminów wizyt lub zapisywanie do konkretnych lekarzy na życzenie pacjenta w oderwaniu od kolejności zgłoszeń, nieskreślanie pacjentów przez świadczeniodawców w przypadku wykonania przez nich świadczenia²³, podwójne wpisywanie tego samego pacjenta do kilku kolejek²⁴, zbyt małe środki finansowe²⁵, zbyt mała liczba świadczeniodawców lub lekarzy realizujących świadczenia w stosunku do potrzeb²⁶, a także błędy w przekazywanych danych sprawozdawczych (np. w zakresie radioterapii lub oddziału chirurgii naczyniowej).

Jak wskazała Naczelnik Wydziału, ze względu na ograniczone środki finansowe, a także konieczność: realizacji priorytetów ogólnopolskich, w tym zmian w finansowaniu świadczeń, zapłaty za wykonane świadczenia ratujące życie (OIT, oddziały udarowe, SOR) oraz finansowanych w sposób bezlimitowy (porody, noworodki, OZW, szybka ścieżka onkologiczna), często brakuje środków na likwidację problemów wskazanych na podstawie sprawozdawczości dotyczącej oczekujących na świadczenia. W II połowie 2015 r., w porozumieniu ze świadczeniodawcami, którzy ocenili własne możliwości wykonawcze, ŁOW zwiększył środki finansowe na realizację części świadczeń planowych. Dotyczyło to: endoprotezoplastyki (ok. 16,5 mln zł), badań endoskopowych (ok. 700 tys. zł), badań TK (ok. 2 mln zł), badań NMR (ok. 2,3 mln zł), usunięcia zaćmy (ok. 3,2 mln zł), witrektomii (ok. 1,2 mln zł) i badań medycyny nuklearnej (ok. 600 tys. zł).

²³ Np. w trakcie analizy planowanych terminów wykonania endoprotezoplastyki, stwierdzono na listach oczekujących przypadki pacjentów, którzy mieli przesuwane terminy w ciągu wielu lat (np. pacjent zgłoszony do kolejki w październiku 2009 r. z terminem zabiegu w lipcu 2012 r., miał przekładany termin 6-krotnie w ciągu 2009-2016 r. z powodów medycznych, przy czym każdy następny termin przesuwany był co najmniej o rok).

²⁴ Wykazywanie osób wpisanych na wyodrębnioną kolejkę, np. do operacji usunięcia zaćmy, także w kolejce na oddział okulistyczny (analiza kolejek przez Oddział wykazała, że 43% (1727) pacjentów oczekujących na usunięcie zaćmy wykazano także w kolejce na oddział okulistyczny oraz 6,5% (470) pacjentów oczekujących na endoprotezy świadczeniodawcy wykazali w lutym 2016 r. w kolejce na oddziały ortopedyczne). Np. w przypadku Szpitala w Zgierzu gdzie wzrost liczby osób oczekujących na zabieg usunięcia zaćmy z 5 do 234 był związany z błędnym wpisywaniem pacjentów do kolejki na procedurę i na oddział. Zostało to zweryfikowane przez ŁOW i w marcu 2016 r. na świadczenia oczekuje 25 osób.

²⁵ np. w poradni endokrynologicznej zgodnie z przeprowadzłą ankietą dotyczy to ok 50% poradni.

²⁶ np. w poradni endokrynologicznej zgodnie z przeprowadzłą ankietą dotyczy to ok 30% poradni.

Tylko w przypadku badania TK, medycyny nuklearnej oraz usunięcia zaćmy znalazło to odzwierciedlenie w skróceniu czasu oczekiwania²⁷.

(dowód: akta kontroli str. 2110-2125, 2054-2072)

W następstwie prowadzonych przez Oddział analiz zapotrzebowań na świadczenia (np. analizy kolejek osób oczekujących na udzielenie świadczeń, niewykonanych i nadwykonanych), dokonywano zmian planu zakupu świadczeń zdrowotnych na 2015 r., finansując w szczególności nadwykonane świadczenia udzielone pacjentom w stanach nagłych, ratujących życie oraz w sytuacjach koniecznych dla poprawy dostępności do świadczeń zdrowotnych. Było to możliwe z uwagi na znaczne zwiększenie planu finansowego Oddziału po trzecim kwartale 2015 r. – w okresie od 29 września do 1 grudnia 2015 r. Oddział otrzymał dodatkowe środki w wysokości 100.421 tys. zł, głównie z przeznaczeniem na koszty świadczeń opieki zdrowotnej. Dokonane w 2015 r., w tym z wykorzystaniem ww. kwot oraz m.in. w celu zmniejszenia kolejek oczekujących, zwiększenia środków przyznanych świadczeniodawcom w ramach poszczególnych rodzajów świadczeń wyniosły łącznie 119.915,89 tys. zł i dotyczyły w szczególności:

- AOS (15.952,89 tys. zł), w tym w zakresie badań TK i RM (8.625,82 mln zł) oraz świadczeń w poradniach specjalistycznych (6.430,33 mln zł),
- LSz – w kwocie 85.241,34 tys. zł, głównie w zakresie oddziałów intensywnej terapii (24.685,70 tys. zł), ortopedycznych – w zakresie zabiegów endoprotetycznych (12.196,62 mln zł), pediatrycznych (6.746,43 mln zł), kardiologicznych (5,5 mln zł), okulistycznych, w tym w zakresie leczenia zaćmy (3.233,35 tys. zł),
- opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień (3.489,23 tys. zł),
- rehabilitację leczniczą (2.518 tys. zł),
- świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze (2.397,46 tys. zł), głównie w ramach opieki długoterminowej w zakresie zakładów opiekuńczo-leczniczych,
- świadczenia odrębnie kontraktowane – łącznie 7.757,22 tys. zł, w tym w zakresie badań PET, hemodializ i dializ otrzewnowych, żywienia do- i pozajelitowego, badań genetycznych i pomp insulinowych.

(dowód: akta kontroli str. 333-334, 2126-2177)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Podczas aneksowania umów na I półrocze 2016 r. w rodzaju POZ w zakresie świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, Oddział dokonał zwiększeń ryczałtów miesięcznych środków finansowych, natomiast w 2015 r. dokonał zmniejszenia ceny badań pozytonowej tomografii emisyjnej (PET) – w stosunku do wysokości określonych na etapie rozstrzygnięcia konkursu ofert. W obu przypadkach dokonano tego, pomimo iż zgodnie z art. 158 ust. 1 ustawy o świadczeniach, nieważna jest zmiana zawartej umowy, jeżeli dotyczy ona warunków, które podlegały ocenie przy wyborze oferty, chyba że konieczność

²⁷ Czas oczekiwania na badania TK dla przypadków stabilnych skrócił się o blisko 2 tygodnie oraz zmniejszyła się liczba oczekujących z 10,5 tys. osób do 5 tys. osób; czas oczekiwania na usunięcie zaćmy dla przypadków pilnych skrócił się ze 138 do 126 dni, natomiast zwiększenie środków nie zmieniło nic w liczbie oczekujących jak i czasie oczekiwania dla pacjentów stabilnych; liczba oczekujących badania medycyny nuklearnej dla przypadków stabilnych zmniejszyła się o 800 osób oraz o 39 dla pilnych (z 41 do 2 osób w 2015 r.). Czas oczekiwania dla przypadków stabilnych skrócił się z 20 w 2014 r. do 6 dni w 2015 r. W pozostałych świadczeniach liczba osób, jak i czasy oczekiwania wzrosły.

wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.

Przepis art. 148 ww. ustawy²⁸ stanowi, że porównanie ofert (ocena oferty) w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obejmuje w szczególności:

- a. ciągłość, kompleksowość, dostępność, jakość udzielanych świadczeń, kwalifikacje personelu, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, na podstawie wewnętrznej oraz zewnętrznej oceny, która może być potwierdzona certyfikatem jakości lub akredytacją,
- b. cenę i liczbę oferowanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz kalkulacje kosztów.

Natomiast zgodnie z art. 147 w związku z art. 146 pkt 2 powyższej ustawy, kryteria oceny ofert ustalone przez Prezesa Funduszu są jawne i nie mogą ulec zmianie w toku postępowania o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Prezes NFZ określił kryteria ocen ofert w toku postępowania w drodze zarządzenia nr 73/2009/DSOZ z dnia 13 listopada 2009 r., nr 54/2011/DSOZ z dnia 30 września 2011 r. i nr 3/2014/DSOZ z dnia 23 stycznia 2014 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Jednym z elementów podlegających ocenie była oferowana przez świadczeniodawcę cena jednostki rozliczeniowej, która może być negocjowana między zamawiającym a oferentem na podstawie art. 142 ust. 6 i art. 143 ust. 5 ww. ustawy o świadczeniach. Cena jednostki rozliczeniowej zawarta w umowie, podlega ocenie w toku postępowania i tym samym jest objęta zakazem dokonywania zmian wskazanym w okresie obowiązywania umowy, określonym w art. 158 ustawy, chyba że konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych ŁOW NFZ wyjaśniła, że zobowiązania NFZ są zaciągane w okresie rocznym, co odnosi się również do zobowiązań wynikających z zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zgodnie z postanowieniami § 32 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej²⁹ (dalej zw. OWU) w przypadku gdy umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zostaje zawarta na okres dłuższy niż rok, kwoty zobowiązań w poszczególnych zakresach na następne okresy rozliczeniowe są ustalana corocznie, w terminie do 30 listopada. Z przepisu tego zatem wynika, że w każdym roku obowiązywania umowy kwota zobowiązania NFZ, wobec świadczeniodawcy jest ustalona na nowo. W związku z tym, świadczeniodawcy składając ofertę w postępowaniu, którego przedmiotem jest zawarcie umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej na okres dłuższy niż rok, oferują cenę i liczbę świadczeń wyłącznie odnośnie pierwszego roku rozliczeniowego. W związku z powyższym, określenie kwoty zobowiązania na kolejny okres rozliczeniowy nie stanowi w istocie zmiany umowy, jakkolwiek następuje to w drodze aneksu, bowiem umowa wieloletnia nie zawiera postanowień określających kwotę zobowiązania z tytułu umowy w kolejnych okresach rozliczeniowych, a jedynie postanowienia dotyczące mechanizmu ustalania tej kwoty³⁰.

²⁸ W treści obowiązującej w okresach dokonywania przedmiotowych zmian cen.

²⁹ Dz. U. z 2015 r., poz. 1400 ze zm.

³⁰ Zastępca Dyrektora ds. Medycznych ŁOW NFZ przywołała analogiczne stanowisko wyrażone w odpowiedzi Ministra Zdrowia na interpelację nr 3013 z dnia 24 maja 2012 r.

Zdaniem Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych, aneksując umowy na I półrocze 2016 r. w zakresie świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, zwiększenie kwoty zobowiązań spowodowane było znacznym wzrostem nakładów na POZ (wyrażony w wyższej wartości rocznej bazowej stawki kapitacyjnej), co nie dotyczyło świadczeń POZ realizowanych w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Dodatkowo zmiana przepisów OWU dotycząca wzrostu od 2016 r. nakładów na świadczenia udzielane przez pielęgniarki i położne miała wpływ na zmianę warunków finansowania świadczeń w POZ i w innych rodzajach, jednakże nie obejmowała ona pielęgniarek realizujących świadczenia w nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej.

Aneksując umowy w zakresie PET na 2015 r. przyjęto natomiast jednakową dla wszystkich obniżoną do 3.900,00 zł cenę i taką propozycję przedstawiono wszystkim świadczeniodawcom – NZOZ Voxel SA oraz WSS im. Kopernika w Łodzi. Uzasadnieniem takiej zmiany było wykonane przez Departament Ekonomiczno-finansowy Centrali NFZ, opracowanie dotyczące wyceny badania PET i przekazane do uwzględnienia w aneksowaniu na rok 2015 pismem z dnia 9 października 2014 r. Po analizie przekazanej wyceny, w trakcie spotkań negocjacyjnych, ŁOW podjął decyzję o próbie obniżeniu ceny do kwoty 3.300,00 zł (najniższa cena z opracowania). Propozycja na rok 2015 została przedstawiona pisemnie przez ŁOW obu świadczeniodawcom na warunkach z 2014 r., natomiast w trakcie negocjacji ustalono zmniejszenie ceny do planowanej kwoty 3.300,00 zł z jednym świadczeniodawcą – NZOZ Voxel SA. WSS im. Kopernika nie wyraził zgody na zmniejszenie ceny, ze względu na koszty stosowanych radiofarmaceutyków.

(dowód: akta kontroli str. 2178-2216, 2580)

2. W postępowaniu nr 05-15-000107/AOS/02/1/02 wiceprzewodniczący oraz jeden członek komisji konkursowej nie złożyli oświadczeń, o których mowa w art. 139 ust. 5 i 6 ustawy o świadczeniach, natomiast przewodniczący komisji konkursowej - pomimo obowiązku wynikającego z § 12 ust. 2 Regulaminu pracy komisji prowadzącej postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiącej załącznik do uchwały nr 36/2005/I Rady NFZ z 4 października 2015 r. – nie wystąpił do Dyrektora Oddziału z wnioskiem o wyłączenie z postępowania wiceprzewodniczącego i członka komisji, z uwagi na niezłożenie oświadczeń o niezachodzeniu wobec nich przesłanek wyłączenia oraz z wnioskiem o powołanie nowych członków.

Jak wyjaśniła Zastępca Dyrektora ds. Medycznych ŁOW NFZ, niepodpisanie wspomnianych oświadczeń było wynikiem niedopatrzania, niemającego wpływu na ważność prac komisji. Wykaz ofert złożonych na poszczególne postępowania znany jest członkom komisji w momencie przekazywania ofert do Biura Obsługi Konkursu Ofert przed otwarciem konkursu. W momencie, jeżeli któryś z członków powziął informację o tym, że zachodzą w stosunku do niego przesłanki wyłączenia z danego postępowania zgłasza to wówczas przewodniczącemu komisji, który występuje do Dyrektora o wyłączenie z prac komisji. Ponadto, w momencie otwarcia postępowania przez przewodniczącego komisji i stwierdzeniu jego prawidłowości, wszyscy członkowie złożyli ustne oświadczenia o braku przesłanek do wyłączenia z danego postępowania, w związku z czym przewodniczący komisji nie wystąpił do Dyrektora Oddziału z wnioskiem o wyłączenie wiceprzewodniczącego oraz członka komisji.

(dowód: akta kontroli str. 2178-2194, 2220-2221, 2327-2334)

Wymóg składania przez zamawiającego i świadczeniodawców biorących udział w postępowaniu wszelkich oświadczeń i zawiadomień w formie pisemnej został jednoznacznie określony zarówno w § 4 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia

z 15 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań³¹, jak i w § 5 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy³², a dodatkowo drugie z powołanych rozporządzeń wprowadza sankcję, w postaci rygoru nieważności wobec złożonych w innej formie oświadczeń i zawiadomień.

1. W Oddziale nie obowiązywały formalne zasady podziału środków pomiędzy oferentami startującymi w postępowaniach konkursowych.

Komisje konkursowe opierały się na Procedurze konkursu ofert lub rokowań. Sposób rozdziału środków odbywał się w zgodzie z pkt 3.2.1.2 tej Procedury, a komisja dokonywała analizy oferowanej liczby i ceny świadczeń w kontekście potencjału oferenta i wymagań jakościowych, w odniesieniu do każdego miejsca udzielania świadczenia.

(dowód: akta kontroli str. 2178-2194, 2644-2701)

Zdaniem NIK brak określonych ww. zasad może skutkować ryzykiem dowolności podejmowanych decyzji i nierównego traktowania wszystkich podmiotów w postępowaniach konkursowych, a także negatywnie wpływać na transparentność prac komisji konkursowej. Tak więc, zasadnym byłoby wprowadzenia stosownej procedury określającej zasady podziału środków finansowych pomiędzy oferentami, w szczególności odnoszącej się do przypadków, gdy łączna wartość złożonych ofert przewyższa planowane środki.

2. W sześciu na siedem poddanych analizie postępowań brak było pisemnego uzasadnienia zmiany liczby jednostek rozliczeniowych w poszczególnych zakresach, w stosunku do liczby zaproponowanych przez oferentów.

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych ŁOW NFZ przyznała, że wynegocjowane stanowiska zbieżne w protokołach końcowych nie były uzasadniane przez komisję, wskazała jednak, że Procedura konkursu ofert i rokowań nakazuje komisji uzasadnienie zmiany limitów tylko podczas analizy oferowanej liczby i ceny świadczeń, w przypadku kiedy komisja ma uzasadnione wątpliwości co do możliwości wykonania przez oferenta wskazanej w ofercie ilości świadczeń. Procedura ta nie nakłada obowiązku dokumentowania przebiegu rozmów w trakcie negocjacji, które odbywają się na zasadzie siły argumentów. Komisja nie dokumentuje argumentów i uzasadnień, które miały wpływ na ostateczną decyzję w wyniku, której strony doszły do porozumienia odrzucając jednocześnie wszystkie argumenty i uzasadnienia, które podczas negocjacji zostały uzasadnione.

NIK wskazuje, że pisemne uzasadnienie wyborów dokonywanych w trakcie postępowań służyłoby jawności wydatkowania środków publicznych i optymalizacji zamawianych świadczeń. Natomiast brak jawności sprzyja tworzeniu mechanizmów korupcyjnych.

(dowód: akta kontroli str. 2178-2194, 2222-2383, 2644-2701)

3. Posiadane oprogramowania przez NFZ oraz Izbę Pielęgniarek i Położnych, jak również brak odpowiedniego oprogramowania przez NFZ do analizy harmonogramów czasu pracy personelu medycznego w trakcie realizacji umów

³¹ Dz. U. z 2004 r. nr 273, poz. 2719 – uchylony z dniem 1 stycznia 2015 r.

³² Dz. U. z 2014 r. poz. 1980 – obowiązujące od 1 stycznia 2015 r.

o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, nie daje możliwości weryfikacji wykazywanego personelu w ofertach i umowach o udzielanie świadczeń medycznych.

Kontrola wykazała, że jedna z pielęgniarek wykazanych w ofercie oraz w umowie danego podmiotu leczniczego, nie poinformowała Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych o nawiązaniu stosunku służbowego lub zawarcia umowy z podmiotem leczniczym, do czego była zobowiązana na podstawie obowiązku wynikającego z art. 19 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej³³. Stwierdzono również u dwóch lekarzy zachodzenie konfliktów harmonogramów czasu pracy poprzez wykazanie w harmonogramach realizacji świadczeń zdrowotnych jednocześnie w dwóch podmiotach leczniczych oraz zakończenie o konkretnej godzinie udzielania świadczeń w jednym podmiocie i o tej samej rozpoczęcie w drugiej oddalonej o 60 km.

Specjalista z Wydziału Kontroli Sekcji Kontroli Wewnętrznej wyjaśnił, że zarówno na etapie procesu kontraktowania, zawierania umów i ich aneksowania w zakresie personelu medycznego, a także podczas czynności kontrolnych u świadczeniodawców, Oddział nie weryfikuje dopełnienia przez pielęgniarki i położne obowiązku wynikającego z art. 19 ust. 2 i 3 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, ponieważ nie jest to zadaniem NFZ i nie leży w zakresie jego kompetencji.

Naczelnik Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej wyjaśniła natomiast, że badanie prawidłowości wykazanych w umowie osób zatrudnionych u świadczeniodawcy i udzielających świadczeń opieki zdrowotnej, obligatoryjnie odbywa się podczas kontroli przeprowadzanej u świadczeniodawcy przez Wydział Kontroli Ponadto, w przypadkach doraźnych, świadczeniodawcy wzywani są do wyjaśnień związanych z nieprawidłowościami w wykazanych godzinach pracy. Tym niemniej, ŁOW NFZ badając sprawy doraźne, ocenia stan umowy na dzień badania, a świadczeniodawcy mają możliwość zgłaszania wstecznych zmian w potencjale, czyli jednego dnia przekazany potencjał może zmienić umowę za okres, w którym Oddział wcześniej nie znajdował uchybień w harmonogramie pracy personelu. W przypadku stwierdzenia zgłoszenia wstecznego, ŁOW NFZ nakładał kary na świadczeniodawców, jednak podczas oceny wniosku o zmiany w potencjale trudno jest zakwestionować zgłaszane zmiany, jeśli są one zgodne z wymaganiami wynikającymi z rozporządzeń w sprawie świadczeń gwarantowanych. Brak akceptacji ze strony NFZ dopisania personelu do umowy powoduje ograniczenie świadczeniodawcy możliwości wystawienia recept oraz sprawozdanie udzielonych świadczeń. Na poziomie oceny wniosku, pracownik NFZ nie ma narzędzi do potwierdzania stanu faktycznego. W umowach na realizację świadczeń opieki zdrowotnej wpisanych jest ok 30.000 osób personelu, powielając się między świadczeniodawcami, umowami i zakresami świadczeń. Dodatkowo, w ramach realizacji u jednego świadczeniodawcy, ta sama osoba może być wykazywana z różnym harmonogramem pracy w różnych przedziałach czasowych, co dodatkowo w sposób przyrostowy podnosi ilość danych do przetwarzania i analizy. W ciągu roku ŁOW NFZ przetwarza ok 25.000 wniosków o zmiany personelu, zasobów i harmonogramów.

(dowód: akta kontroli str. 2581-2599, 2384-2394, 2876-2906)

W ocenie NIK, powyższe może świadczyć o braku możliwości nadzoru ze strony Oddziałów NFZ nad prawidłowością wykazywania przez świadczeniodawców personelu medycznego, jego uprawnień, czasu pracy oraz harmonogramów

³³ Dz. U. z 2014 r., poz. 1435 ze zm.

czasu pracy. Taka sytuacja może skutkować wykazywaniem przez podmioty lecznicze nierealnych czasów pracy lekarzy oraz personelu, niezgłoszonego do odpowiednich Izb.

Ocena cząstkowa

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

3. Wykonanie planu zakupów świadczeń zdrowotnych oraz planu finansowego

3.1. Realizacja planu zakupów świadczeń

Opis stanu faktycznego

W województwie łódzkim, we wszystkich 21 powiatach i 3 miastach na prawach powiatu³⁴, zapewniono dostęp do świadczeń w rodzaju POZ. W porównaniu do 2014 r.³⁵, liczba porad lekarskich POZ wzrosła w 2015 r. o 138.542, tj. 1,3%. Największy wzrost wystąpił w powiecie opoczyńskim (o 7,5%), łęczyckim (o 6,1%) i brzezińskim (o 4,1%), natomiast mniejszą liczę wizyt zrealizowano w 7 powiatach lub miastach na prawach powiatu, z czego: w piotrkowskim (o 5,4%), Piotrkowie Tryb. (o 2,6%) i rawskim (o 1,8%). Liczba wizyt pielęgniarskich POZ zmniejszyła się w tym okresie w województwie łódzkim o 159.932, tj. o 9,7%, z czego najwięcej w powiatach: tomaszowskim (o 31,8%), skierniewickim (o 21,4%) i wieruszowskim (o 16,9%). Wzrost liczby wizyt pielęgniarskich POZ wystąpił tylko w trzech powiatach, tj.: opoczyńskim (o 14,8%), zduńskowolskim (o 11,7%) oraz brzezińskim (o 9,1%).

(dowód: akta kontroli str. 2701)

Liczba przebadanych osób/liczba udzielonych świadczeń na terenie województwa łódzkiego oraz liczba punktów za udzielone świadczenie w ramach profilaktyki raka piersi – etap podstawowy wyniosły w 2015 r. odpowiednio 84.018 oraz 756.162 i w stosunku do 2014 r. były wyższe o: 1.879 i 16.911 (tj. o 2,3%). Największe wzrosty liczby udzielonych świadczeń i liczby punktów za udzielone świadczenie wystąpiło w powiatach³⁶: zgierskim (o 63,6%), wieruszowskim (o 54,6%) i tomaszowskim (o 35,2%), natomiast największe spadki w: łęczyckim (o 36,2%), brzezińskim (o 30,8%) i skierniewickim (o 20,9%).

Liczba przebadanych osób, liczba udzielonych świadczeń oraz liczba punktów za udzielone świadczenie, w ramach profilaktyki raka szyjki macicy – etap podstawowy na terenie województwa łódzkiego wyniosła w 2015 r. odpowiednio 40.893 oraz 81.786 i była niższa o: 6.009 i 12.018 (tj. o 12,8%), w stosunku do 2014 r.³⁷. Największe spadki dotyczyły powiatów: wieluńskiego (o 32,9%), łęczyckiego (o 32,7%) i pabianickiego (o 25,8%), natomiast największe wzrosty wystąpiły w powiatach: poddębickim (o 57,2%), wieruszowskim (o 36,6%) oraz brzezińskim (o 26,2%).

(dowód: akta kontroli str. 2702-2703)

Na terenie województwa łódzkiego wszystkie powiaty i miasta na prawach powiatów objęte zostały pełnym zakresem świadczeń z lecznictwa stomatologicznego jedynie w zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych, przy czym w 2015 r. w stosunku do 2014 r. nastąpił nieznaczny spadek (tj. 0,45%³⁸), zarówno liczby udzielonych

³⁴ Łódź, Piotrków Tryb. i Skierniewice.

³⁵ Wzrost nastąpił w 17 powiatach lub miastach na prawach powiatu, a spadek w 7.

³⁶ Wzrost nastąpił w 13 powiatach lub miastach na prawach powiatu, natomiast spadek w 11.

³⁷ Spadki wystąpiły w 18 powiatach lub miastach na prawach powiatu, natomiast wzrosty w 6 powiatach.

³⁸ Wartości procentowe zostały wyliczone, jako średnie arytmetyczne liczby produktów i kwoty produktów.

świadczeń, jak i wartości umów. Największy spadek³⁹ odnotowano w powiatach: radomszczańskim (o 7%), piotrkowskim (o 5,25%) i brzezińskim (o 4,79%), natomiast największy wzrost odnotowały powiaty: pajęczański (o 6,37%), zgierski (o 5,39%) i łaski (o 4,94%).

Świadczenia z zakresu ortodoncji dla dzieci i młodzieży w latach 2014-2015 udzielane były w 18 powiatach i miastach na prawach powiatów, przy czym w 2014 r. nie było udzielanych tych świadczeń w powiecie bełchatowskim (co skutkowało 100% wzrostem w kolejnym roku), a w 2015 r. - w opoczyńskim (co skutkowało spadkiem o 100% w stosunku do 2014 r.). Łącznie na terenie całego województwa nastąpił wzrost liczby świadczeń, jak i wartości zakontraktowanych świadczeń o 7,86%⁴⁰. Oprócz zmian w ww. dwóch powiatach, największe wzrosty nastąpiły w: Piotrkowie Tryb. (o 39,64%), powiatach: łódzkim wschodnim (o 15,06%) i radomszczańskim (o 14,86%), natomiast spadek tylko w powiatach: pabianickim (o 29,87%), łęczyckim (o 1,7%). W powiecie wierszowskim liczba świadczeń i ich wartość nie uległy zmianie.

Świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia świadczone były również w 18 powiatach i miastach na prawach powiatów, przy czym w skali całego województwa ich liczba i wartość zmniejszyły się o 6,44%⁴¹. Spadki nastąpiły w 10 powiatach i miastach na prawach powiatu, z czego największe w powiatach: tomaszowskim (o 32,2%), opoczyńskim (o 29,33%) i bełchatowskim (o 13%). Największy wzrost nastąpił natomiast w Skierniewicach (o 21,68%) oraz powiatach: wieluńskim (o 11,44%) i radomszczańskim (o 7,68%).

Świadczenia z protetyki stomatologicznej na terenie województwa łódzkiego udzielane były w 11 powiatach i miastach na prawach powiatu. W stosunku do 2014 r., liczba świadczeń i ich wartość - zakontraktowane w 2015 r., zmniejszyła się o 2,87%⁴². Spadki dotyczyły czterech powiatów i miast na prawach powiatów, z czego 13,31% dotyczyło Łodzi i 6,32% kutnowskiego, natomiast wzrosty odnotowano w siedmiu rejonach, w tym w Skierniewicach (o 131,11%), tomaszowskim (o 31,35%) i Piotrkowie Tryb. (o 1,04%)⁴³.

Świadczenia stomatologiczne pomocy doraźnej realizowane były tylko w powiecie tomaszowskim i w Łodzi. W 2015 liczba i wartość świadczeń zmniejszyła się zaledwie o 0,42% każdy.

(dowód: akta kontroli str. 2704-2705)

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych ŁOW NFZ wyjaśniła, iż brak umów na leczenie stomatologiczne w niektórych powiatach województwa łódzkiego wynika z rozmieszczenia, w tym okresie i latach poprzednich, określonej bazy świadczeniodawców spełniających wymagane warunki i zamierzających przystąpić do konkursu ofert. W wyniku przeprowadzenia postępowań głównych, wyłoniono podmioty, z którymi ŁOW NFZ zawarł umowy na 2012-2014 i lata następne. W kolejnych latach nie były ogłaszane postępowania uzupełniające, ponieważ Oddział nie posiadał potwierdzonych informacji, czy na ogłoszony na danym obszarze konkurs wpłyną jakieś oferty. Jednocześnie ŁOW NFZ, stosując się do zaleceń audytowych przekazanych przez Centralę NFZ, ogłosił postępowania konkursowe w zakresie stomatologicznej pomocy doraźnej na obszarach, na które

³⁹ Spadki nastąpiły w 12 powiatach i miastach na prawach powiatów, natomiast wzrosty w 12 powiatach.

⁴⁰ Wartości procentowe zostały wyliczone, jako średnie arytmetyczne liczby produktów i kwoty produktów.

⁴¹ j.w.

⁴² j.w.

⁴³ W pozostałych przypadkach zmiany nie przekraczały 1%.

konkursy nie były dotychczas ogłaszane z powodu braku potencjalnych oferentów. Z uwagi, iż nie wpłynęła żadna oferta, postępowania zostały unieważnione. Świadczenia stomatologiczne dla dzieci i młodzieży i protetyki stomatologicznej na terenie powiatów, w których ŁOW NFZ nie podpisał umów w tych zakresach, zostały zabezpieczone w ramach świadczeń ogólnostomatologicznych, ponieważ katalog świadczeń gwarantowanych zawiera procedury medyczne tożsame w obu zakresach.

Przyczyną zaprzestania udzielania świadczeń w zakresie ortodoncji dla dzieci i młodzieży w powiecie opoczyńskim był zgon świadczeniodawcy w październiku 2014 r. Postępowanie na realizację tego zakresu na obszarze powiatu opoczyńskiego, ogłoszone na początku listopada 2014 r., zostało unieważnione z uwagi na brak wpływu ofert. W 2015 r. ŁOW NFZ przeprowadził kolejne postępowania na przedmiotowy zakres na obszarze kontraktowania podległym Delegaturze ŁOW NFZ w Piotrkowie Tryb. W postępowaniu tym wpłynęła jedna oferta od świadczeniodawcy z Bełchatowa, z którym w wyniku rozstrzygnięcia, zawarto umowę.

Zmiany liczby i wartości świadczeń w zakresach stomatologicznych na terenie województwa łódzkiego, wynikały m.in. z: dostosowania - w aneksowaniu na rok następny - wartości umów do wykonania, rozwiązania umów, zmian w umowach dokonywanych na wnioski świadczeniodawców, renegotiacji umów ze świadczeniodawcami nierealizującymi w pełni w trakcie roku umowy oraz rozliczaniem końcowym umów.

(dowód: akta kontroli str. 2708-2717)

Świadczenia w zakresie endokrynologii na terenie województwa łódzkiego udzielane były w 17 powiatach lub miastach na prawach powiatów. Liczba udzielonych oraz wartości zakontraktowanych świadczeń w 2015 r. zmniejszyła się o 7,3% w stosunku do roku wcześniejszego. Najmniejsze spadki nastąpiły w Łodzi (o 2%), powiecie pączęwskim (o 2,2%) i Piotrkowie Tryb. (o 2,6%), natomiast największe - w powiatach: brzezińskim (o 24,7%), zgierskim (o 24,3%) i łaskim (o 20,2%).

Jak wyjaśniła Zastępca Dyrektora ds. Medycznych Oddziału, brak kontraktacji świadczeń w niektórych powiatach spowodowany był brakiem podmiotów realizujących świadczenia w przedmiotowym zakresie oraz brakiem świadczeniodawców wyrażających gotowość do ich udzielania. W przypadku powiatu skierniewickiego i piotrkowskiego, w ramach podziału administracyjnego odrębnie traktowane jest miasto oraz powiat, jednakże z punktu widzenia dostępu do świadczeń medycznych, stanowią one nierozdzielalną całość. W każdym z tych miast świadczeń udziela po 3 świadczeniodawców. W powiecie łódzkim wschodnim nie zakontraktowano przedmiotowych świadczeń ze względu na brak chętnych podmiotów do ich realizacji oraz bliskość miasta Łodzi, gdzie świadczenia realizowane są w 10 miejscach.

Spadek liczby i wartości udzielonych świadczeń w zakresie endokrynologii wynikał z uwzględnienia zmiany wprowadzonej zarządzeniem Prezesa NFZ, dotyczącej wydzielenia od 2015 r., jako zakresów skojarzonych, świadczeń pierwszorazowych oraz pakietu onkologicznego. Spowodowało to zmniejszenie wykonania w 2015 r. w stosunku do 2014 r. w powiatach łaskim i zgierski. Dodatkowo na terenie Łódź-Górna w trakcie aneksowania na 2015 r. została rozwiązana umowa⁴⁴.

(dowód: akta kontroli str. 2706, 2708-2717)

Na terenie województwa łódzkiego świadczenia w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym realizowane były w 16 powiatach

⁴⁴ Konkurs uzupełniający ogłoszony został w kwietniu 2015 r.

i miastach na prawach powiatu. W 2015 r. we wszystkich powiatach nastąpił wzrost, łącznie o ok. 13,5%⁴⁵, w stosunku do 2014 r. Największy wzrost odnotowano w powiecie łaskim (o 41,1%), Łodzi (o 27,4%) i powiecie łowickim (o 22,6%), natomiast najmniejszy - w radomszczańskim (o 1%), Piotrkowie Tryb. (o 3,5%) i wieluńskim o (4,2%).

Świadczenia rehabilitacji osób z dysfunkcją narządu wzroku udzielane były tylko w Łodzi, gdzie zarówno liczba, jak i wartość świadczeń wzrosła o 6,9%.

W latach 2014-2015, Oddział nie miał zawartej żadnej umowy na świadczenie na terenie województwa łódzkiego usług zdrowotnych w zakresie rehabilitacji pulmonologicznej.

Zdaniem Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych ŁOW NFZ, zakontraktowanie świadczeń w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym w 16 powiatach przez 36 świadczeniodawców, stanowi zabezpieczenie dostępności do tych świadczeń, także dla powiatów, dla których nie zostały ogłoszone postępowania konkursowe. Brak ogłoszenia konkursów w latach 2014-2015 na świadczenia w ww. zakresie na terenie powiatów: sieradzkiego, wierszowskiego, poddębickiego, bełchatowskiego, kutnowskiego i opoczyńskiego oraz od 2013 r. w zakresie rehabilitacji osób z dysfazią narządu wzroku, spowodowany był brakiem zainteresowania świadczeniodawców, wynikającym z konieczności spełnienia wymagań określonych w zarządzeniu Prezesa NFZ z dnia 16 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza. Brak ogłoszenia od 2012 r. postępowań w zakresie rehabilitacji pulmonologicznej wynikał z braku podmiotów leczniczych realizujących świadczenia w tym zakresie oraz braku zgłoszeń o gotowości do realizacji świadczeń zgodnie ww. zarządzeniem Prezesa NFZ⁴⁶, natomiast świadczenia rehabilitacyjne dotyczące układu oddechowego mogą, a nawet powinny udzielane być w ramach hospitalizacji pulmonologicznej.

(dowód: akta kontroli str. 2707-2717)

W 2015 r. na terenie działania ŁOW NFZ 29 podmiotów leczniczych zaprzestało udzielać świadczeń łącznie w 38 zakresach.

Jak wyjaśniła Zastępcza Dyrektora ds. Medycznych ŁOW NFZ, w sytuacjach zaprzestania udzielania świadczeń przez świadczeniodawców, u których istniały osoby oczekujące na świadczenia, Oddział przypominał m.in., o konieczności poinformowania świadczeniobiorców o zakończeniu udzielania świadczeń i wydania właściwych skierowań. Jednocześnie na stronie internetowej Oddziału umieszczano informacje o zasadach zapisu na listę oczekujących, ze wskazaniem uprawnień pacjenta. W 2016 r., w związku z brakiem możliwości wykonania endoprotezoplastyki przez niektórych świadczeniodawców, na podstawie rozporządzenia MZ poinformowano wszystkich świadczeniobiorców o możliwości udzielenia ww. świadczenia przez inne podmioty (wskazując listę realizatorów). Ponadto, informacje o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczeń, publikowane są na stronach Oddziałów oraz udzielane telefonicznie za pośrednictwem infolinii.

Naczelnik Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej wyjaśniła, że w związku z zaprzestaniem udzielania świadczeń głównie wskutek prośby świadczeniodawcy o rozwiązanie umowy, to świadczeniodawcy przekazywali informacje do pacjentów

⁴⁵ Wartości procentowe zostały wyliczone jako średnie arytmetyczne liczby produktów i kwoty produktów.

⁴⁶ W styczniu 2016 r. do Oddziału wpłynęło pismo z Wojewódzkiego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej Centrum Leczenia Chorób Płuc i Rehabilitacji o gotowości realizacji świadczeń w tym zakresie.

wpisanych na ich listę oczekujących, a Oddział telefonicznie potwierdzał zaistniały fakt. W sytuacji rozwiązania umowy przez Oddział w części dotyczącej świadczeń stacjonarnych, gdzie zachodziła konieczność przeniesienia pacjentów do innych placówek medycznych, Oddział czynnie uczestniczył w całym procesie przenoszenia pacjentów.

(dowód: akta kontroli str. 2178-2194, 2384-2394, 2718-2720)

Ustalone
nieprawidłowości

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

3.2. Kontrola realizacji umów

Opis stanu
faktycznego

Kontrola rozliczeń przeprowadzona na przykładzie pięciu podmiotów leczniczych⁴⁷ udzielających świadczeń z zakresu położnictwo i ginekologia w 2015 r., wykazała, że cztery⁴⁸ z nich udzielały świadczeń nielimitowanych (w rozumieniu zarządzenia nr 89/2013/DSOZ Prezesa NFZ z 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne). Tym podmiotom, zgodnie z postanowieniami § 16 ust. 2 pkt 2 powyższego zarządzenia, Oddział sfinansował w pełnej wysokości koszty świadczeń nielimitowanych.

(dowód: akta kontroli str. 2721-2730)

Analizą w zakresie prowadzonego przez Oddział monitoringu realizacji umów zawartych na 2015 r, objęto pięciu świadczeniodawców⁴⁹ i ustalono, że Oddział w trakcie roku dokonywał stosownych ich zmniejszeń lub zwiększeń, w zależności od stopnia realizacji kontraktu. O przesunięciach środków w związku z brakiem realizacji kontraktu na realizację innych świadczeń świadczeniodawcy każdorazowo informowali Dyrektora Oddziału.

U badanych podmiotów, w wielu zakresach świadczeń występowały znaczne (sięgające nawet 786%⁵⁰) różnice pomiędzy zrealizowanymi wartościami kontraktu za 2014 r., a pierwotnie ustalonymi na 2015 r.

Jak wyjaśniła Naczelnik Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej, powyższe różnice wynikają z zasad ustalania planu zakupów. Plany zakupów i związane z tym wartości kontraktów przedstawiane przez OW podczas aneksowania świadczeń, tworzone są na podstawie wykonania roku poprzedzającego tworzenie planu oraz 6 miesięcy roku bieżącego, w związku z czym wartości kontraktów będące podstawą planu są różne od wartości kontraktów pierwotnych, bo zwykle uwzględniają zmiany dokonane w I połowie roku. Są one także różne od wartości

⁴⁷ Szpitala Wojewódzkiego im. Prymasa Kardynała S. Wyszyńskiego w Sieradzu, Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. M. Kopernika w Łodzi, Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. M. Pirogowa w Łodzi i Szpitala Wojewódzkiego im. J. Pawła II w Belchatowie.

⁴⁸ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi nie posiadał w 2015 r. podpisanego kontraktu na świadczenia nielimitowane z zakresu położnictwo i ginekologia.

⁴⁹ Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. M. Kopernika w Łodzi, Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, SP ZOZ Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Wojskowej Akademii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi Centralny Szpital Weteranów, SP ZOZ Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. N. Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi i Wojewódzkiego Zespołu ZOZ Centrum Leczenia Chorób Płuc i Rehabilitacji w Łodzi.

⁵⁰ Dotyczy SP ZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. WAM UM w Łodzi - Centralny Szpital Weteranów w Łodzi, zakresu Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych gdzie wykonanie w 2014 r. wyniosło 91.630,00 zł, a pierwotnie na 2015 r. zakontraktowano kwotę 812.445,00 zł. Wynikało to z połączenia tego podmiotu leczniczego z Wojewódzkim Centrum Ortopedii i Rehabilitacji Narządu Ruchu im. dr Z. Radlińskiego w Łodzi.

końcowej umowy, która uwzględnia wszystkie zmiany, tj.: zwiększenia wynikające ze zmian w planie finansowym, jak i końcowym rozliczeniem. Nie zawsze zmniejszone wykonanie w roku bieżącym determinuje zmniejszoną propozycję kontraktu na rok następny. W stosunku do wszystkich świadczeniodawców ustalone są jednolite zasady postępowania zarówno w przypadku niepełnego wykonania umowy, jak i w przypadku zwiększenia kontraktów. Generalną zasadą na rok 2015 było zmniejszenie proponowanych w aneksowaniu kontraktów w przypadku wystąpienia niewykonanych większych niż 90%.

Ponadto, Naczelnik Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej oraz p.o. Naczelnika Wydziału Gospodarki Lekami wyjaśniły, iż konkretne rozbieżności pomiędzy wykonaniem za 2014 r., a zakontraktowanymi pierwotnie wartościami na 2015 r. w poszczególnych zakresach wynikały m.in. z: uniknięcia zmniejszenia dostępności do świadczeń, połączenia podmiotów leczniczych i przenoszenia oddziałów, wydzielenia środków na realizację pakietu onkologicznego i wprowadzenia bezlimitowego udzielania tych świadczeń, zaplanowania na 2015 r. dodatkowych środków w zakresach onkologicznych do wartości wykonania, przesunięcia z Ministerstwa Zdrowia do NFZ środków na świadczenia wysokospecjalistyczne, zwiększenia w rodzaju rehabilitacja lecznicza finansowania świadczeń w warunkach domowych, wypowiedzenia umów przez świadczeniodawców i konieczności kontynuacji leczenia w innych podmiotach leczniczych posiadających już umowy na te zakresy, likwidacji danych programów lekowych i finansowania ich w ramach LSz, czy zmian związanych z aktualizowaniem programów lekowych.

(dowód: akta kontroli str. 2384-2390, 2396-2408, 2731-2857)

W 2015 r. Oddział zawarł po raz pierwszy kontrakty na udzielanie świadczeń z 36 świadczeniodawcami, w 91 zakresach, z czego 23 świadczeniodawców zawarło umowy w 38 zakresach POZ i zaopatrzenia w wyroby medyczne. Na próbie sześciu świadczeniodawców, z którymi zawarto umowy w 25 zakresach stwierdzono, że stosownie do postanowień pkt 3.1.4.15 Procedury konkursu ofert lub rokowań, upoważnieni przedstawiciele Oddziału przeprowadzili u nich kontrole w trakcie trwania procedury konkursowej.

(dowód: akta kontroli str. 2858-2872)

W procesie rozliczania udzielonych świadczeń system informatyczny ŁOW NFZ automatycznie weryfikuje poprawność danych sprawozdawanych przez świadczeniodawców w raportach statystycznych. Proces ten składa się z trzech etapów:

I etap: walidacja – zadanie walidacji danych ma miejsce przed ich wczytaniem do bazy danych. Proces zasilany jest sprawdzeniami przygotowywanymi na poziomie Centrali NFZ, które przekazywane są na serwer Oddziału i wczytane do struktur baz danych odpowiadających za proces przetwarzania danych komunikatów sprawozdawczych. Na tym etapie oceniana jest prawidłowość sprawozdawanych pozycji, a gdy w wyniku walidacji stwierdzony zostanie błąd pozycja sprawozdania nie wchodzi do bazy oddziałowej, a świadczeniodawca otrzymuje informację o charakterze nieprawidłowości.

II etap: weryfikacja wstępna – odbywa się każdorazowo, gdy świadczenie pozytywnie przeszło etap I oraz gdy świadczeniodawca wprowadził jakiegokolwiek zmiany danych. Etap ten opiera się o centralne reguły weryfikacyjne przygotowywane na poziomie Centrali NFZ oraz o sprawdzenia oddziałowe (opracowane dla każdego rodzaju świadczeń). Świadczenia, które w wyniku weryfikacji oznaczone zostały błędem, nie biorą udziału w procesie naliczania (nie znajdują się w szablonie będącym podstawą do wystawienia rachunku/faktury), co jest widoczne dla świadczeniodawcy od razu po przeprowadzeniu procesu

weryfikacji. Świadczenia oznaczone ostrzeżeniem (informacja dla świadczeniodawcy o istnieniu w sprawozdawanym świadczeniu nieprawidłowości o niewielkiej wadze), biorą udział w procesie naliczania.

III etap: weryfikacja wsteczna – odbywa się zgodnie z harmonogramem raz na kwartał i obejmuje wszystkie świadczenia znajdujące się w bazie świadczeń: rozliczone i nierozliczone, zweryfikowane i niezwyfikowane. W przypadku świadczeń rozliczonych zakwestionowanych w wyniku tej weryfikacji, generowane są szablony korygujące, będące podstawą zwrotu nienależnie pobranych środków przez świadczeniodawcę.

W ŁOW NFZ weryfikacja świadczeniodawców prowadzona była za pomocą systemu CLOWER. Na dzień przeprowadzenia kontroli włączone były wszystkie weryfikacje dobowe bieżących świadczeń

(dowód: akta kontroli str. 2873-2875)

Ustalone
nieprawidłowości

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

3.3. Realizacja planu finansowego

Opis stanu
faktycznego

Terminowo sporządzone przez Oddział sprawozdanie finansowe za 2015 r. było kompletne i rzetelne oraz zatwierdzone przez Radę Oddziału.

Za 2014 i 2015 r. Oddział uzyskał pozytywną opinię wydaną przez biegłego rewidenta, zarówno w zakresie ewidencji księgowej, jak i rzetelności sprawozdań finansowych.

(dowód: akta kontroli str. 188-285, 319-418)

3.3.1. Przychody

Uzyskane w 2015 r. przez Oddział przychody wyniosły 4.687.440,44 tys. zł i były wyższe o 259.107,09 tys. zł (o 5,9%) od uzyskanych w 2014 r. Przychody pochodziły głównie ze składek na ubezpieczenia zdrowotne (4.527.028,00 tys. zł) oraz z dotacji z budżetu państwa na realizację zadań wynikających z ustawy o państwowym ratownictwie medycznym⁵¹ (119.991,55 tys. zł). Przychody z powyższych tytułów stanowiły odpowiednio 96,6% i 2,6% kwoty ogółem.

(dowód: akta kontroli str. 190-191, 222, 320-322, 327-329, 419-421, 486-487)

Otrzymane w 2015 r. środki finansowe, zgodnie ze złożonymi zapotrzebowaniami, wyniosły 4.478.509,68. tys. zł i stanowiły 104,3% środków otrzymanych w 2014 r. (4.294.229,77 tys. zł).

Stan środków pieniężnych w kasie i na rachunkach bankowych na koniec 2015 r. wynosił 8.113,46 tys. zł i stanowił 121,9%% środków pieniężnych na koniec 2014 r.

Jak wyjaśniła p.o. Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych, stan środków na rachunkach bankowych spowodowany był głównie blokadą w postaci obowiązkowej lokaty⁵², w formie depozytu u Ministra Finansów, środków w kwocie 7.423,87 tys. zł pochodzących z otrzymanej w dniu 30 grudnia 2015 r. dotacji na finansowanie zadań określonych w ustawie z 25 września 2015 r. o finansowaniu niektórych świadczeń zdrowotnych w latach 2015-2018⁵³, składającej się z kwoty ryczałtu za miesiąc grudzień 2015 r. i wyrównania za miesiące styczeń-październik

⁵¹ Ustawa z 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2013 r. poz. 757 ze zm.).

⁵² Na podstawie art. 48 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 885 ze zm.).

⁵³ Dz. U. z 2015 r. poz. 1770.

2015 r. Środki te zostały uwzględnione z zapotrzebowaniu na dzień 4 stycznia 2016 r.

(dowód: akta kontroli str. 230, 289, 313, 422, 437, 451, 454-485, 817-846)

Należności Oddziału na koniec 2015 r. wynosiły 4.514,44 tys. zł i były wyższe (o 2.207,89 tys. zł, tj. o 95,7%) od wykazywanych na koniec 2014 r. Dotyczyły one głównie należności od świadczeniodawców, które na koniec 2015 r. wynosiły 3.666,37 tys. zł i były ponaddwukrotnie wyższe (o 2.023,66 tys. zł, tj. o 123,2%) od takich należności na koniec 2014 r.

Należności pozostałe do zapłaty (niewymagalne) na koniec 2015 r. wynosiły 2.438,71 tys. zł, a na koniec 2014 r. - 1.324,88 tys. zł, w tym długoterminowe odpowiednio: 8,11 tys. zł i 6,24 tys. zł. Należności długoterminowe dotyczyły płatności z tytułu rozłożonych na raty kosztów leczenia za granicą oraz z tytułu wydanych decyzji administracyjnych.

Na koniec 2015 r. należności wymagalne netto wobec Oddziału wyniosły 2.075,73 tys. zł i były większe od stanu zaległości na koniec 2014 r. o 1.107,65 tys. zł, tj. o 114,4%. Dotyczyły głównie zaległości od świadczeniodawców z tytułu kontroli umów i od aptek z tytułu refundacji leków, które stanowiły 67,8% łącznej kwoty należności wymagalnych.

Wyjaśniając przyczyny wzrostu należności, w tym wymagalnych, p.o. Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych wskazała na – wynikający z działań kontrolnych służb Oddziału – wzrost: liczby i wartości złożonych przez świadczeniodawców faktur korygujących oraz nałożonych kar umownych, a także kwot przypisów należności z tytułu regresów za świadczenia udzielone osobom nieuprawnionym.

(dowód: akta kontroli str. 228-229, 278, 289, 309, 313, 364, 422, 489-559, 817-830)

Największe zaległości dotyczyły: roszczeń od świadczeniodawców z tytułu zakwestionowanych świadczeń zdrowotnych (1.399,60 tys. zł, tj. 67,4%), niewyegzekwowanych od świadczeniodawców kar umownych (390,43 tys. zł, tj. 18,8%) oraz niewyegzekwowanych od pacjentów należności z tytułu nieuprawnionego korzystania przez nich ze świadczeń zdrowotnych (257,39 tys. zł, tj. 12,4%). Ponadto, wg stanu na koniec 2015 r. łączna kwota zaległości objętych odpisem aktualizującym wyniosła 7.230,45 tys. zł, w tym 292,64 tys. zł dotyczyło zaległości dochodzonych na drodze sądowej. W ciągu 2015 r. odpisem aktualizującym objęto zaległości na kwotę 4.327,19 tys. zł, z czego 3.663,66 tys. zł dotyczyło roszczenia ustalonego w wyniku kontroli NZOZ OKO-MED w Błaszach i dotyczącego kary umownej oraz kwoty nienależnie przekazanej, wraz z naliczonymi odsetkami.

(dowód: akta kontroli str. 517-543)

Z należności wymagalnych netto Oddziału na koniec 2015 r. w kwocie 2.075,73 tys. zł, do dnia 13 maja 2016 r. wyegzekwowano 1.591,38 tys. zł (76,7%), w tym całą kwotę zaległości z tytułu zakwestionowanych świadczeń zdrowotnych, a z tytułu kar umownych w kwocie 390,43 tys. zł, wyegzekwowano 178,23 tys. zł (48,6%). Ponadto, z objętych odpisem aktualizującym zaległości w kwocie 7.230,45 tys. zł, do 13 maja 2016 r. wyegzekwowano 14,04 tys. zł.

Analiza spraw dotyczących zaległości z tytułu roszczeń od trzech świadczeniodawców w związku z zakwestionowanymi świadczeniami zdrowotnymi na łączną kwotę 1.364,20 tys. zł (97,5% zaległości z tego tytułu) wykazała, że do dnia 18 lutego 2016 r. zostały one zapłacone przez dłużników lub skompensowane wierzytelnościami ŁOW NFZ.

Jak wyjaśniła p.o. Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych, wskutek podjętych przez Oddział działań, do dnia 30 maja 2016 r. wyegzekwowano

180,68 tys. zł kar umownych netto, a pozostała do wyegzekwowania kwota 209,76 tys. zł dotyczy pięciu dłużników i objęta jest działaniami windykacyjnymi.

(dowód: akta kontroli str. 517-541, 559-579, 817-830)

Analiza wybranych pozycji zaległości o najwyższej wartości, objętych odpisem aktualizującym w łącznej kwocie 6.406,03 tys. zł (88,6% zaległości zaktualizowanych na dzień 31 grudnia 2015 r.) wykazała, że dotyczyły one trzech świadczeniodawców i we wszystkich przypadkach zostały objęte przez Oddział czynnościami windykacyjnymi.

(dowód: akta kontroli str. 538-541, 718-801, 817-830)

W 2015 r. w Oddziale umorzono należności na kwotę 3,20 tys. zł, natomiast termin płatności odroczone w przypadku należności na łączną kwotę 813,34 tys. zł. Kontrola dokumentacji dotyczącej pięciu pozycji należności objętych odroczeniem, w kwocie łącznej 682,58 tys. zł (w tym 63,31 tys. zł odsetek) wykazała, że dłużnicy występowali do Dyrektora Oddziału z wnioskami o odroczenie płatności, gdyż jednorazowa spłata zobowiązania przekraczała ich możliwości finansowe. Dyrektor Oddziału wyrażał zgodę na rozłożenie płatności na pięć lub sześć miesięcznych rat, a w jednym przypadku na większą liczbę rat (do 12), po wcześniejszym uzyskaniu zgody Prezesa NFZ na zastosowanie odmiennych terminów spłaty należności. We wszystkich badanych przypadkach projekty zawartych ugód opracowywał, na wniosek komórki merytorycznej, Zespół Radców Prawnych Wydziału Prawno-Organizacyjnego i Gospodarczego Oddziału.

Do dnia zakończenia kontroli dłużnicy spłacili zadłużenie w całości, z czego dwóch świadczeniobiorców regulowało raty z opóźnieniem. Każdorazowo Oddział naliczał odsetki za zwłokę.

Umorzenie zaległości na kwotę 3,20 tys. zł nastąpiło w wyniku przedstawienia przez dłużnika (świadczeniobiorcę) dodatkowych dowodów i było zasadne.

(dowód: akta kontroli str. 581-697)

W 2015 r., w Oddziale nie występowały przypadki zaniechania poboru należności. Nie wystąpiły też należności przedawnione.

Zgodnie z obowiązującą procedurą⁵⁴, Oddział nie wszczynał postępowań i nie wydawał decyzji administracyjnych w przypadku, gdy sumaryczny koszt wykazanych nienależnych świadczeń był niższy niż 100 zł.

(dowód: akta kontroli str. 580-588, 817-830)

Ponadto, na koniec 2015 r. Oddział posiadał należności od innych jednostek organizacyjnych NFZ w łącznej kwocie 558.805,02 tys. zł, w tym 516.603,70 tys. zł z tytułu składek na powszechne ubezpieczenie zdrowotne należnych do przekazania przez Centralę NFZ oraz 42.165,44 tys. zł od pozostałych Oddziałów NFZ, z tytułu udzielonych świadczeń zdrowotnych. Jednocześnie wykazywał zobowiązania wobec Oddziałów i Centrali w łącznej kwocie 80.789,64 tys. zł. Kwoty te zostały rozliczone do końca lutego 2016 r.

(dowód: akta kontroli str. 332, 364-368, 407-408, 422, 802-812)

W 2015 r. wszczęto 26.350 spraw, mających na celu wydanie decyzji administracyjnych, dotyczących potwierdzenia tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego, na kwotę 11.231,60 tys. zł. Liczba wszczętych w 2015 r. spraw stanowiła 117,6% liczby spraw wykazanych wg stanu na koniec 2014 r. (22.405), natomiast ich wartość była niższa o 24,3%.

⁵⁴ Wytyczne w sprawie identyfikacji należności Funduszu z tytułu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych osobie nieuprawnionej, w tym również w rozumieniu przepisów o koordynacji, 2013/001/DSOZ/PI/1.0 – wersja nr 2 z dnia 9 lipca 2013 r.

18.961 spraw na kwotę 584,27 tys. zł nie zostało przekazanych do dalszych czynności wyjaśniających z uwagi na niską wartość jednostkową, a postępowania wyjaśniające wszczęto w odniesieniu do 2.020 spraw na kwotę 12.154,31 tys. zł.

Liczba spraw wyjaśnionych w 2015 r. wyniosła 2.317, na kwotę 13.331,80 tys. zł, spośród których 576 spraw na kwotę 2.331,87 tys. zł zakwalifikowano do wszczęcia postępowania administracyjnego (wg stanu na koniec 2014 r. zakwalifikowano 132 sprawy na kwotę 278,33 tys. zł). W 2015 r. postępowania administracyjne wszczęto wobec 617 spraw (tj. ponad sześciokrotnie więcej niż w latach 2013-2014), łącznie na kwotę 2.458,45 tys. zł, zaś decyzje administracyjne wydano w stosunku do 544 spraw na kwotę 1.982,06 tys. zł.

Od podanej liczby decyzji administracyjnych, odwołania do Prezesa NFZ w 2015 r. wniesiono w stosunku do 18 decyzji na kwotę 55,23 tys. zł. Natomiast 488 rozstrzygnięć na kwotę 1.511,72 tys. zł stało się w 2015 r. ostatecznymi, w tym w przypadku 280 spraw na kwotę 849,38 tys. zł obciążono stronę postępowania kosztami świadczeń lub umorzono postępowanie w związku z uregulowaniem przez stronę należności.

W związku z nieuregulowaniem w terminie przez część dłużników należnych kwot, w 2015 r. wystawiono i przekazano do organów egzekucyjnych tytuły wykonawcze na kwotę 505 tys. zł, z czego kwota 16,88 tys. zł została odzyskana do dnia 17 maja 2016 r. przez urzędy skarbowe i przekazana do ŁOW NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 292, 425, 557-558, 583-588)

3.3.2. Koszty

Zgodnie ze sprawozdaniem FM-01, plan kosztów Oddziału (po zmianach) w 2015 r. został wykonany w kwocie 4.707.265,41 tys. zł, co stanowiło 98,76% kosztów planowanych (tj. 4.766.210 tys. zł) i 106,44% kosztów 2014 r..

Dominującą pozycję kosztów (96,7%) stanowiły koszty świadczeń zdrowotnych w kwocie 4.552.037,60 tys. zł. Zostały one zrealizowane w 98,87% wartości planowanych (tj. 4.603.865,00 tys. zł) i były wyższe o 6,6% od poniesionych w 2014 r.

Koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego wynosiły 119.991,55 tys. zł (stanowiły 2,6% kosztów ogółem i były niższe o 0,13% od planowanych), koszty administracyjne poniesiono w wysokości 28.464,43 tys. zł (93,65% planu), pozostałe koszty – w kwocie 5.595,25 tys. zł (62,17%), a koszty finansowe – 1.176,58 tys. zł (42,02%).

(dowód: akta kontroli str. 286-288, 293-294, 299, 319-347, 419-421, 426-427, 431, 870)

Oddział zanotował w 2015 r. stratę w wysokości 19.824,97 tys. zł, natomiast w 2014 r. wypracował zysk w wysokości 5.917,22 tys. zł. Wynikało to ze zwiększenia planu kosztów świadczeń zdrowotnych środkami funduszu zapasowego NFZ oraz z rozwiązanej obowiązkowo rezerwy ogólnej poz. B.1. planu NFZ, z przeznaczeniem na pokrycie kosztów POZ wynikających ze zwiększonych stawek kapitacyjnych w 2015 r. oraz leczenia szpitalnego m.in. w zakresie Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych i świadczeń ratujących życie.

(dowód: akta kontroli str. 190-191, 286-288, 320-322, 342, 371, 378, 817-846)

Przyczyną wzrostu kosztów Oddziału było głównie zwiększenie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej o 281.647,90 tys. zł w porównaniu do 2014 r., co spowodowane było zwiększeniem kosztów LSz (o 146.174,88 tys. zł, tj. o 6,86%), POZ (o 70.150,33 tys. zł, tj. o 13,57%) i refundacji leków (o 27.906,95 tys. zł, tj. o 5,01%).

Według wyjaśnień p.o. Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych Oddziału, wzrost ten wynikał głównie z wielkości posiadanych środków finansowych,

uzyskanych w trakcie roku, zaangażowanych w poprawę dostępności do świadczeń oraz zapłatę za świadczenia wykonane ponad limity określone w pierwotnych wartościach kontraktów. W związku ze zmianą (zwiększeniem) planu finansowego w 2015 r., pozyskane m.in. w zakresie leczenia szpitalnego środki Oddział mógł przeznaczyć na dofinansowanie już zawartych kontraktów (zmniejszając kolejki pacjentów w szczególności oczekujących na świadczenia szczególne – tj. endoprotezoplastykę, zabiegi leczenia zaćmy, wszczepienia implantów ślimakowych), dokontraktowanie świadczeń tego wymagających oraz na zapłatę za nadwykonania⁵⁵.

Przyczyną wzrostu kosztów POZ było głównie zwiększenie (w porównaniu do 2014 r.) wartości stawek kapitałowych (m.in. średnio o ok. 48% w przypadku świadczeń dla lekarza POZ, 7,2% - w przypadku pielęgniarki POZ oraz 8,8% w przypadku położnej POZ), wprowadzenie do warunków umów zasad rozliczania i finansowania tzw. ścieżki onkologicznej oraz świadczeń związanych z wydaniem pacjentowi przez lekarza POZ karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, a także zmian w zasadach finansowania świadczeń lekarza POZ, polegające na rozszerzeniu wykazu badań diagnostycznych pozostających w zakresie kompetencji lekarza POZ i powiązania ich finansowania z formą sprawozdawczości i wskaźnikiem wykonywania badań diagnostycznych.

Natomiast wzrost wydatków na refundację leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych odnotowany w 2015 r. w odniesieniu do 2014 r. spowodowany był:

- objęciem refundacją nowych, kosztownych leków zawierających substancje czynne nieznajdujące się we wcześniejszych obwieszczeniach Ministra Zdrowia oraz rozszerzeniem zakresu wskazań refundacyjnych dla produktów leczniczych dotychczas już objętych refundacją,
- wzrostem obrotu leków i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego sprowadzanych z zagranicy w ramach importu docelowego,
- zmianami w przepisach prawnych regulujących refundację leków⁵⁶ (możliwość ordynacji na jednej receptce większej ilości leku niż dotychczas lub możliwość wystawienia do 12 recept na następujące po sobie okresy stosowania nieprzekraczające łącznie 360 dni stosowania).

(dowód: akta kontroli str. 286-294, 419-427, 870, 847-867)

W kosztach świadczeń opieki zdrowotnej (4.552.037,60 tys. zł) największy udział w badanym okresie miały koszty LSz (2.278.155,72 tys. zł, tj. 50%) oraz POZ (587.141,15 tys. zł, tj. 12,9%) i refundacji (585 224,22 tys. zł, tj. 12,9%), natomiast najniższe koszty poniesiono na: pomoc doraźną i transport sanitarny (0,1% łącznych kosztów świadczeń w wysokości 2.288,04 tys. zł), profilaktyczne programy zdrowotne finansowane ze środków własnych Funduszu (0,2%, 11.056,59 tys. zł) oraz opiekę paliatywną i hospicyjną (0,5%, 24.151,97 tys. zł).

(dowód: akta kontroli str. 286-294, 419-427, 870, 847-867)

Poniesione przez Oddział w 2015 r. koszty świadczeń zdrowotnych w żadnej z pozycji nie przekroczyły planu finansowego po zmianach.

(dowód: akta kontroli str. 870)

W 2015 r. w ramach migracji, Oddział zapłacił innym oddziałom wojewódzkim (bez uzdrowisk) za świadczenia udzielone 144.186 ubezpieczonym z terenu

⁵⁵ Różnica pomiędzy wartością rzeczywiście wykonanych świadczeń, a wartością zakontraktowanych świadczeń; zwane dalej „nadwykonaniami”.

⁵⁶ tj. wprowadzenie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2014 r. (Dz. U. z 2014 r. poz. 1239) zmieniającego rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich (Dz. U. z 2016 r., poz. 62).

województwa łódzkiego kwotę 352.241,61 tys. zł, a otrzymał za 97.579 pacjentów leczonych w placówkach medycznych województwa łódzkiego kwotę 190.354,58 zł.
(dowód: akta kontroli str. 319-347, 802-816)

Świadczenia zrealizowane przez świadczeniodawców ponad limity ustalone w umowach, wg wstępnego rozliczenia za IV kwartał 2015 r., stanowiły kwotę 54.880,15 tys. zł.

W związku z zabezpieczeniem na ten cel środków finansowych, ŁOW NFZ zawarł aneksy rozliczające (ugody pozasądowe)⁵⁷ na łączną kwotę 53.832,13 tys. zł, dotyczące świadczeń sprawozdanych do systemu informatycznego Oddziału do dnia 20 stycznia 2016 r. i nieuregulowane. Aneksami Oddział w 100% sfinansował sprawozdane świadczenia wykonane m.in. w rodzajach: LSz (w tym programy terapeutyczne i chemioterapia), opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, rehabilitacja lecznicza, profilaktyczne programy zdrowotne, świadczenia odrębnie kontraktowane, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz opieka paliatywna i hospicyjna, natomiast w przypadku świadczeń wykonanych w rodzajach: AOS i leczenia stomatologicznego, sfinansował w całości nadwykonania przekraczające 1.000 zł.

Po uwzględnieniu ww. aneksów, łączna wartość nadwykonań - na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych 2015 r. - wyniosła 1.048,02 tys. zł i dotyczyła 113.793,87 jednostek rozliczeniowych wykazanych przez 284 świadczeniodawców. Realizacja umów ponad ustalony limit dotyczyła ośmiu rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej, z czego najwyższa kwota (771,30 tys. zł) dotyczyła kosztów LSz.

Niesfinansowane nadwykonania w ramach LSz stanowiły przede wszystkim świadczenia wysokospecjalistyczne (na łączną kwotę 771,13 tys. zł), finansowane z budżetu Ministerstwa Zdrowia w ramach dotacji celowej. W wyniku zawartych przez Oddział ugód, zostały one zapłacone z budżetu roku 2016, zmniejszając nadwykonania w tym rodzaju do kwoty 0,17 tys. zł. Po uwzględnieniu tych spłat, faktyczną wartość nadwykonań zamknięto kwotą 276,89 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 1119-1120, 1135-1172)

Na koniec 2015 r. wartość niewykonanych świadczeń opieki zdrowotnej⁵⁸ wyniosła łącznie 26.111,42 tys. zł (0,57% ogółu kosztów świadczeń) i była wyższa w odniesieniu do 2014 r. o 18.227,76 tys. zł (o 231,2%). W 2015 r. największa wartość niewykonanych świadczeń dotyczyła: LSz – 20.238,24 tys. zł (wzrost o 354,1% w porównaniu do 2014 r.), AOS – 3.085,48 tys. zł (wzrost o 75,3%) i leczenia stomatologicznego – 1.270,61 tys. zł (wzrost o 33,4%).

(dowód: akta kontroli str. 1119-1134, 1145-1147)

Z wyjaśnienia Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych Oddziału wynika m.in., że przyczyną braku pełnej realizacji umów były:

- w przypadku LSz – niewykonania (łącznie ok. 8 mln zł) u 4 świadczeniodawców, u których niepełne wykonanie umowy utrzymywało się cały rok, m.in. w związku z uznaniem świadczeń dla dzieci, jako priorytetowe i finansowane do wartości zapotrzebowania na podstawie lat poprzednich oraz planowanych zmian organizacyjnych świadczeniodawcy,
- LSz w zakresie: chemioterapia, programy lekowe, terapeutyczne programy zdrowotne w kontraktach zawartych na 2015 r. – m.in. zawarcie w II półroczu 2015 r. umów z zakresu nowych programów lekowych, konieczność przeprowadzenia kwalifikacji pacjentów, zmiany dostępności refundacyjnej

⁵⁷ Na podstawie zarządzenia nr 7/16 Dyrektora ŁOW NFZ z dnia 25 stycznia 2016 r., po uzyskaniu zgody Zastępcy Prezesa NFZ.

⁵⁸ Różnica pomiędzy wartością zakontraktowanych świadczeń a wartością wykonanych świadczeń; obejmuje również niewykonania w rodzaju ratownictwo medyczne.

kosztochłonnych substancji czynnych, zmiana wyceny świadczeń w chemioterapii oraz przejściowe trudności wynikające z wdrożenia pakietu onkologicznego,

- w zakresie AOS – niewykonania dotyczą 361 świadczeniodawców (bilans do typu umowy) na 400 z podpisanymi w tym typie świadczeń umowami, z czego kwoty niewykonanych wyższe niż 100 tys. zł dotyczą trzech podmiotów. Przyczyną braku pełnej realizacji umów są m.in.: dodatkowe środki przeznaczone na realizację pakietu onkologicznego i niska jego realizacja we wszystkich poradniach, wprowadzenie w 2015 r. zakresu dla pacjentów pierwszorazowych i związane z tym utrudnione planowanie oraz wprowadzenie wymogu posiadania skierowania do poradni okulistycznej i dermatologicznej,
- w przypadku leczenia stomatologicznego - najwyższe niewykonania dotyczą świadczeń ogólnostomatologicznych oraz świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i dotyczą miejsc z kontraktem odpowiadającym 0,5 etatu lub 0,75 etatu rocznie. Zmniejszenie tak realizowanych umów nie jest możliwe, ze względu na wymóg wynikający z zarządzenia Prezesa, podpisania umowy przez Oddział w liczbie punktów nie mniejszej niż pół etatu stomatologicznego.

(dowód: akta kontroli str. 847-867)

Analizie poddano sposób realizacji umów pod kątem niewykonania lub przekroczenia (nadwykonania) zakontraktowanych świadczeń, zawartych z pięcioma wybranymi podmiotami leczniczymi⁵⁹, wykazującymi łącznie 11.185,30 tys. zł, tj. 42,8% łącznej kwoty niewykonanych świadczeń za 2015 r.⁶⁰, przy jednoczesnym nadwykonaniu świadczeń za IV kwartał 2015 r. (wstępnym) wynoszącym łącznie 31.911,34 tys. zł (36,7% kwoty ogółem).

Kontrola wykazała, że w wyniku prowadzonego monitoringu, w styczniu 2016 r. Oddział – na podstawie § 43 OWU - 76 aneksami dokonał przesunięć środków pomiędzy umowami w ramach poszczególnych rodzajów świadczeń, bilansując częściowo powstałe nadwykonania. Wskutek tych przesunięć, zmniejszono⁶¹ wynikowo przyznany podmiotom limit środków o 1.992,56 tys. zł.

Zmniejszono głównie limity w zakresie AOS i świadczeń zdrowotnych zakontraktowanych odrębnie, przeznaczając środki na zwiększenie limitów w zakresie hospitalizacji.

Dodatkowo, w wyniku zawartych 41 aneksów rozliczających, sfinansowano nadwykonania tych podmiotów na łączną kwotę 10.267,03 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 1173, 1177-1436)

Oddział na bieżąco dokonywał analizy poziomu realizacji umów pod kątem niewykonania lub przekroczenia zakontraktowanych świadczeń, w wyniku których dokonywano zmian w umowach ze świadczeniodawcami. Wysokość zobowiązań Oddziału, określonych w umowach ze świadczeniodawcami, z tytułu udzielonych

⁵⁹ Wojewódzki Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Centrum Leczenia Chorób Płuc i Rehabilitacji w Łodzi (niezrealizowane świadczenia na kwotę 4.001,91 tys. zł, nadwykonanie na kwotę 33,62 tys. zł), Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi (niezrealizowane świadczenia na kwotę 3.104,61 tys. zł, nadwykonanie na kwotę 22.155,44 tys. zł), Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki (niezrealizowane świadczenia na kwotę 2.509,67 tys. zł, nadwykonanie na kwotę 2.146,04 tys. zł), Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dr Wł. Biegańskiego (niezrealizowane świadczenia na kwotę 1.295,74 tys. zł, nadwykonanie na kwotę 2.156,80 tys. zł) oraz SP ZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej UM w Łodzi - Centralny Szpital Weteranów w Łodzi (niezrealizowane świadczenia na kwotę 273,38 tys. zł, nadwykonanie na kwotę 5.419,45 tys. zł).

⁶⁰ Wg ostatecznych danych za II półrocze 2015 r. (narastająco).

⁶¹ Bez uwzględnienia zmian dotyczących świadczeń nielimitowanych.

przez nich świadczeń opieki zdrowotnej, korygowano zarówno na wniosek świadczeniodawców, jak i z własnej inicjatywy, na podstawie § 43 załącznika do ustawy OWU. ŁOW NFZ przyjął⁶² jednolite zasady postępowania w zakresie zawierania ze świadczeniodawcami aneksów rozliczających przekroczenia (nadwykonania), zgodnie z którymi w równym stopniu objęto wszystkich świadczeniodawców procesem zapłaty za nadwykonania.

Oddział przygotował i przedstawił świadczeniodawcom aneksy do 806 umów, finansując nadwykonania w wysokości 53.832,14 tys. zł, tym samym zmniejszając - do 1.048,02 tys. zł na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych - zobowiązania ŁOW NFZ z tytułu świadczeń zrealizowanych ponad limit określony w umowach.

W przypadku stwierdzenia, że środki finansowe nie były w pełni wykorzystywane, Oddział - w celu minimalizacji nadwykonań ostatecznych i tym samym potencjalnych roszczeń dochodzonych na drodze postępowania sądowego - dokonywał bilansowania świadczeń wykonanych ponad limit ze świadczeniami niewykonanymi w całym rodzaju świadczeń, na poziomie umów z poszczególnymi świadczeniodawcami i dostosowywał dołączone do nich plany rzeczowo-finansowe do faktycznego wykonania świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 323-347, 424, 438, 1145-1146)

3.3.3. Koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom nieubezpieczonym, spełniającym kryterium dochodowe

W 2015 roku łączna wartość świadczeń zdrowotnych udzielonych 421.940 świadczeniobiorcom nieubezpieczonym⁶³ wyniosła 74.167,30 tys. zł i dotyczyła głównie osób, które nie ukończyły 18. roku życia (395.055 osób, tj. 93,6% łącznej liczby świadczeniobiorców nieubezpieczonych). W porównaniu do 2014 r. liczba leczonych osób wzrosła o 162.053, tj. o 62,4%, a wartość świadczeń o 22.817,57 tys. zł (44,4%).

Wartość świadczeń udzielonych 11.806 świadczeniobiorcom nieubezpieczonym, spełniającym kryterium dochodowe⁶⁴ wyniosła 13.847,09 tys. zł i w porównaniu do 2014 roku zarówno liczba leczonych była niższa (o 557, tj. o 4,5%), jak i spadła wartość udzielonych świadczeń (o 18,30 tys. tys. zł, tj. 0,13%). Największy udział miały koszty poniesione z tytułu LSz (11.186,53 tys. zł) oraz opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (1.990,24 tys. zł), a w porównaniu do wartości świadczeń wykonanych w 2014 r. Największy wzrost (ponadczterdziestokrotny) dotyczył kosztów refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę - o 266,14 tys. zł oraz opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień - o 114,56 tys. zł (6,1%). W 2014 r. koszty refundacji dotyczyły 109 pacjentów i wyniosły 6,64 tys. zł, a w 2015 r. dotyczyły 4.220 pacjentów i wyniosły 272,78 tys. zł.

Oddział nie planował kosztów tych świadczeń. Do 17 listopada 2015 r.⁶⁵ świadczenia te były finansowane z dotacji, jakie otrzymywała Centrala Funduszu. Środki do Oddziału były przekazywane przez Centralę Funduszu na podstawie danych zawartych w sprawozdaniach dotyczących wykonanych przez świadczeniodawców i opłaconych przez Oddział świadczeń opieki zdrowotnej na

⁶² Zarządzeniem Dyrektora ŁOW NFZ nr 7/16 z dnia 25 stycznia 2016 r.

⁶³ O których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2-4 oraz art. 12 pkt 2-4, 6 i 9 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

⁶⁴ O których mowa art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach.

⁶⁵ Tj. do dnia wejścia w życie ustawy z dnia 25 września 2015 r. o finansowaniu niektórych świadczeń zdrowotnych w latach 2015-2018 (Dz. U. z 2015 r., poz. 1770).

rzecz tych osób. W związku ze zmianą⁶⁶ w 2015 r. sposobu naliczania kwoty dotacji z refundacji na ryczałt, środki przekazane z budżetu państwa (za pośrednictwem Centrali NFZ) w wysokości 19.463 tys. zł stanowiły jedynie 26,2% łącznych kosztów tych świadczeń i obejmowały także zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych poza granicami kraju⁶⁷.

Pozostałą kwotę tych kosztów Oddział sfinansował ze środków własnych.

(dowód: akta kontroli str. 847-867, 913-934)

3.3.4. Koszty administracyjne oddziału wojewódzkiego

Koszty administracyjne Oddziału na 2015 r. w kwocie 28.464,43 tys. zł stanowiły 93,65% wielkości zaplanowanej i 98,69 % wielkości z 2014 r. (zrealizowanych w kwocie 28.843,59 tys. zł).

Największy udział w kosztach administracyjnych Oddziału miały koszty wynagrodzeń wynoszące 61,6% (17.532,04 tys. zł) i wykonane w 99,95% wielkości zaplanowanej, z czego wynagrodzenia osobowe wyniosły 17.448,14 zł, a bezosobowe – 83,90 tys. zł. Stanowiły one odpowiednio 99,98% i 93,22% kwoty zaplanowanej.

(dowód: akta kontroli str. 419-421, 870)

Przeciętne zatrudnienie w 2015 r. wyniosło 309,79 etatu i było wyższe od osiągniętego w 2014 r. o 1,02 etatu (o 0,3%). Spowodowane to było głównie nałożeniem na Oddział nowych zadań wynikających z wejścia w życie od 15 listopada 2014 r. tzw. dyrektywy transgranicznej⁶⁸ oraz zmianami organizacyjnymi w Oddziale, w tym wyodrębnieniem w jego strukturze dwóch wydziałów, w związku ze zmianą statutu NFZ.

Zaplanowane na 2015 r. wydatki na wynagrodzenia w kwocie 17.451 tys. zł (bez uwzględnienia kosztów wynagrodzeń bezosobowych w kwocie 83,90 tys. zł), wykorzystano w 99,98%. W porównaniu do 2014 r. zrealizowane w 2015 r. wydatki na wynagrodzenia były wyższe o 297,41 tys. zł (tj. o 1,7%).

W kontrolowanym okresie przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto zwiększyło się z 4.628,78 zł w 2014 r. do 4.693,54 zł – w 2015 r. (tj. o 1,4%).

(dowód: akta kontroli str. 340-341, 1047-1059, 847-867)

Koszty usług obcych wyniosły w 2015 r. 4.365,52 tys. zł i stanowiły 15,3% kosztów administracyjnych Oddziału. Zrealizowane zostały w 81,87% wielkości zaplanowanej, na poziomie zbliżonym (96,01%) do wykonania 2014 r. Dotyczyły głównie kosztów:

- opłat czynszowych i dzierżawnych – 1.747,46 tys. zł (40% łącznej kwoty kosztów usług obcych),
- usług pocztowych - 872,86 tys. zł (20%),
- usług pozostałych - 817,09 tys. zł (18,7%), w tym: sprzątanie pomieszczeń (192,11 tys. zł), dozór mienia (136,45 tys. zł) i innych usług (488,53 tys. zł).

Pozostałe koszty administracyjne wyniosły w 2015 r. 117,08 tys. zł, stanowiły 41,67% planu i były o 163,92 tys. zł (tj. o 58,33%) niższe od wielkości zaplanowanej. Dotyczyły głównie kosztów podróży służbowych (59,63 tys. zł), ryczałtów na

⁶⁶ Do tego czasu podstawą rozliczeń za udzielone świadczenia był rachunek wraz z raportem statystycznym oraz kopia decyzji wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, potwierdzającej prawo do świadczeń.

⁶⁷ Na podstawie art. 42 a ww. ustawy o świadczeniach.

⁶⁸ Ustawa z dnia 10 października 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2014 r. poz. 1491), wprowadzona w związku z Dyrektywą Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE dnia z 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (Dz. Urz. UE L 88 z 4.04.2011 r., str. 45).

samochody (21,53 tys. zł) oraz ubezpieczeń majątkowych (14,86 tys. zł).

(dowód: akta kontroli str. 319-453, 935-936, 955-981)

Szczegółowe badanie 34 dowodów księgowych⁶⁹ dotyczących pozostałych kosztów administracyjnych i kosztów usług obcych o łącznej wartości 894,81 tys. zł (20% łącznej kwoty tych kosztów) wykazało, że zostały one poniesione na cele związane z realizacją zadań Oddziału i w sposób ekonomicznie uzasadniony. W większości przypadków zakupów towarów i usług⁷⁰, ich realizacja poprzedzona była rozeznaniem cenowym, a wybór wykonawców odbywał się przy wykorzystaniu kryterium najniższej ceny.

Wszystkie badane koszty były prawidłowo udokumentowane (faktury, rachunki, polecenia wyjazdu służbowego), ujęte w księgach Oddziału i terminowo uregulowane.

W przypadku dziewięciu badanych pozycji kosztów, wykonawców wyłoniono stosując ustawę z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych⁷¹ (dalej zw. ustawą Pzp). Analiza trzech postępowań o udzielenie zamówień publicznych w trybie przetargu nieograniczonego (adaptacja pomieszczeń strychu na funkcje biurowe w budynku zabytkowym ŁOW NFZ przy ul. Kopcińskiego 58 w Łodzi, remont budynków administracyjno – biurowych należących do ŁOW NFZ przy ul. Kopcińskiego 58 i ul. Wydawniczej 8 w Łodzi wraz z podłączeniem monitoringu oraz świadczenie usług pocztowych na rzecz ŁOW NFZ) na łączną kwotę szacunkową 5.459 tys. zł wykazała, że przeprowadzone zostały zgodnie z procedurami określonymi w Pzp, we właściwym trybie i rzetelnie udokumentowane. Na realizację tych zamówień wydatkowano 3.078 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 955-1046, 2086-2108)

Rzeczowy plan wydatków inwestycyjnych Oddziału na 2015 r.⁷² w kwocie 3.345 tys. zł (po zmianach) został zrealizowany w 94,3% (w kwocie 3.155,59 tys. zł). Wydatki niższe od planowanych wynikały głównie z oszczędności poprzetargowych oraz z rezygnacji z niektórych robót kosztorysowych.

Największy udział w planie wydatków inwestycyjnych miały wydatki na:

1. nieruchomości – 2.602 tys. zł (77,8%), z czego wydatkowano 2.451,28 tys. zł (94,2%), w tym 2.426,28 tys. zł na ich adaptację oraz 25,0 tys. zł na budowę, przebudowę i rozbudowę;
2. zakup zespołów komputerowych 413 tys. zł (12,3%), z czego wydatkowano 403,74 tys. zł (97,8%), w tym 250,30 tys. zł na sieci i 153,44 tys. zł na maszyny do przetwarzania danych.

W 2015 r. Oddział nie wydatkował środków na zakup nieruchomości, nie dokonywał również ich sprzedaży.

Dodatkowa powierzchnia biurowa dla ŁOW NFZ wynajmowana była na jego potrzeby oraz siedzib Delegatur: w Sieradzu, Skierniewicach i Piotrkowie Tryb. Wynikało z konieczności zabezpieczenia dostępu dla świadczeniodawców i beneficjentów w największych miastach województwa, a także konieczności

⁶⁹ Wybranych z 2.066 dowodów wg osądu kontrolera, dotyczących głównie prac remontowych, działań informacyjnych Oddziału (druk informatora, emisja cyklu programów), utrzymania i rozwoju systemu informatycznego, usług telekomunikacyjnych (w tym utrzymanie infolinii), opłat czynszowych i dzierżawnych oraz opłat za ochronę i utrzymanie czystości, pocztowych i kosztów wyjazdów służbowych.

⁷⁰ Wyjątek stanowiły m.in. koszty podróży służbowych, czynszów dzierżawnych (poza lokalizacją przy Kopcińskiego 56) i rozmów telefonicznych (komórkowych i stacjonarnych).

⁷¹ Dz. U. z 2015 r., poz. 2164 (zwana dalej „Pzp”).

⁷² Zatwierdzony uchwałą Rady NFZ nr 3/2015/II z 19 lutego 2015 r.

zabezpieczenia potrzeb lokalowych pracowników Oddziału. Konieczność wynajmu wynikała z niewystarczającego, dla połowy z zatrudnionych osób, miejsca biurowego we własnych budynkach Oddziału. Dodatkowym atutem wynajmowanych pomieszczeń jest bezpośrednia bliskość głównej siedziby Oddziału. Koszty wynajęcia ww. powierzchni biurowej wyniosły w 2015 r. 1.746,94 tys. zł i były wyższe o 4,08 tys. zł (tj. o 0,23%) w porównaniu do 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 343-347, 935-954, 2076-2085)

3.3.5. Zobowiązania oddziału wojewódzkiego

Zobowiązania krótkoterminowe Oddziału (bez Funduszy Specjalnych) na koniec 2015 r. wynosiły łącznie 508.690,12 tys. zł i były wyższe o 113.018,15 tys. zł (tj. o 28,6%) od zobowiązań krótkoterminowych na koniec 2014 r. w kwocie 395.671,97 tys. zł. Zobowiązania dotyczyły głównie zapłaty za zrealizowane świadczenia zdrowotne i dostawy leków (503.829,28 tys. zł). Ponadto, zobowiązania z tytułu rozliczeń dostaw na cele administracyjne wynosiły 3.516,67 tys. zł, a zobowiązania publicznoprawne – 993,18 tys. zł.

Zastępca Dyrektora Oddziału ds. Ekonomiczno-Finansowych wyjaśniła, że przyczyną wzrostu zobowiązań krótkoterminowych w 2015 r. było zwiększenie planu kosztów na rok 2015, powodujące wzrost wartości umów. Zgodnie z rozporządzeniem OWU⁷³, rozliczenie wykonania umowy następuje najpóźniej w terminie 45 dni po upływie okresu rozliczeniowego. W związku z powyższym, faktury wystawione w terminie po 31 grudnia 2015 r. przez świadczeniodawców dotyczące rozliczenia umowy, stanowią zobowiązania na dzień bilansowy.

(dowód: akta kontroli str. 213-279, 289, 308, 314, 366-368, 422, 440, 445, 847-867)

Z ww. kwoty zobowiązań krótkoterminowych Oddział uregulował w 2016 r. 508.620,56 tys. zł, a do zapłaty pozostały zobowiązania w wysokości 69,56 tys. zł.

Na koniec roku Oddział nie posiadał zobowiązań długoterminowych oraz zobowiązań wymagalnych, natomiast występujące odsetki w kwocie 814.259,96 zł związane były z wyrokami sądowymi, na mocy których Oddział zapłacił roszczenia sporne na rzecz pięciu świadczeniodawców, dotyczące głównie zrealizowanych przez nich ponadumownych usług i świadczeń medycznych ratujących zdrowie lub życie oraz świadczeń w stanach nagłych.

(dowód: akta kontroli str. 871-912, 1060-1108)

W 2015 r., spośród 74 spraw prowadzonych przeciwko ŁOW NFZ (o łącznej kwocie roszczeń 108.076,41 tys. zł), ostatecznie zakończono 31, w których zasądzone od Oddziału NFZ zapłatę łącznie 11.614,82 tys. zł, w tym: 29 związanych ze świadczeniami zdrowotnymi udzielonymi ponad limity, z kwotą roszczenia 25.566,33 tys. zł, w tym m.in. 8.622,53 tys. zł w ugodach sądowych i 2.992,29 tys. zł w wyrokach do zapłaty.

Na koniec 2015 r. w toku były 43 sprawy sądowe prowadzone w związku ze złożonymi przez świadczeniodawców pozwami przeciwko Oddziałowi, w których wnioskowano o zapłatę łącznie kwoty 82.487,42 tys. zł, w tym: 25 związanych było ze świadczeniami zdrowotnymi udzielonymi ponad limity (na kwotę 56.577,69 tys. zł), sześć o zapłatę wynikających z wykonania umów (na 714,12 tys. zł) i 12 dotyczących innych postępowań sądowych (na 25.195,61 tys. zł), głównie o zapłatę za świadczenia zrealizowane na podstawie art. 19 ustawy o świadczeniach.

(dowód: akta kontroli str. 1109-1118)

⁷³ § 27 pkt 2 rozporządzenia OWU.

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

Uwagi dotyczące
badanej działalności

1. Projekt ugody zawartej w wyniku postępowania kontrolnego 05/2015/9/WKO/7311/OL przygotowany został⁷⁴ przez Zespół Radców Prawnych Wydziału Prawno-Organizacyjnego i Gospodarczego Oddziału dopiero po upływie 1,5 miesiąca od otrzymania wniosku z Wydziału Kontroli⁷⁵.

Jak wyjaśniła p.o. Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych, powyższe opóźnienie spowodowane było błędną dekretacją w systemie elektronicznego obiegu korespondencji oraz trwającym okresem urlopowym.

(dowód: akta kontroli str. 589-590, 618-621, 817-830)

2. W przypadku osoby fizycznej (E.J.) decyzję nr 54/2015 ŁOW NFZ/WPOGiK III.5130.79.2015/MU/MMK, ustalającą obowiązek poniesienia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej oraz refundacji recepty wydano w dniu 29 maja 2015 r., tj. po upływie 3 miesięcy po doręczeniu dłużnikowi zawiadomienia⁷⁶ o zakończeniu postępowania w sprawie ustalenia obowiązku poniesienia kosztów świadczeń udzielonych ze środków publicznych. W treści zawiadomienia poinformowano stronę o uprawnieniach wynikających z art. 10 § 1 Kpa⁷⁷, tj. 7- dniowym terminie na zapoznanie się z aktami sprawy, po którym miało nastąpić wydanie decyzji.

Jak wyjaśniła p.o. Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych, powyższe opóźnienie wynikało z niedostarczenia przez Poczta Polską zwrotnego potwierdzenia odbioru pisma z dnia 25 lutego 2015 r. zawiadamiającego o zakończeniu postępowania i koniecznością uzyskania jego duplikatu.

(dowód: akta kontroli str. 589-590, 649-659, 817-830)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność w badanym obszarze.

4. System kontroli świadczeniodawców oraz system kontroli wewnętrznej

Opis stanu
faktycznego

Na 2015 r. Oddział zaplanował przeprowadzenie 215 kontroli, w tym 137 kontroli świadczeniodawców, 41 kontroli aptek, 25 kontroli ordynacji lekarskich oraz 12 kontroli świadczeniodawców udzielających świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju LSz : programy lekowe i chemioterapia.

Plan kontroli został opracowany przez Zespół powołany w tym celu przez Dyrektora Oddziału i zatwierdzony przez niego w dniu 15 grudnia 2014r.

Przy tworzeniu planu uwzględniono zalecenia Prezesa NFZ zawarte w piśmie z dnia 27 listopada 2014 r., dotyczące podstawowych zasad obowiązujących przy jego przygotowaniu. Prace związane z opracowaniem planu kontroli rozpoczęto od analizy obszarów zagrożeń realizacji świadczeń medycznych zgłoszonych przez komórki organizacyjne ŁOW NFZ. Obszary te dotyczyły w szczególności ograniczenia dostępności do świadczeń, wzrostu nadwykonań świadczeń

⁷⁴ I przekazany do Wydziału Kontroli w dniu 2 września 2015 r. przy piśmie WPOG-II.025.22.2015 ID: 977449.

⁷⁵ Wniosek z dnia 22 lipca 2015 r. (znak WKO-II.030.3.2015).

⁷⁶ Pismo ŁOW NFZ/WPOGiK III.5130.79.2015-(3)/MU ID: 894215 z 25 lutego 2015 r., doręczone w dniu 27 lutego 2015 r.

⁷⁷ Ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2016 r. poz. 23 ze zm.).

zdrowotnych, nieprawidłowego rozliczenia świadczeń, realizacji świadczeń niezgodnie z zawartymi umowami czy pobierania opłat za świadczenia finansowane ze środków NFZ.

Oszacowano, zgodnie z zaleceniami Prezesa NFZ, możliwości kadrowe i sprzętowe jakimi dysponuje Oddział.

Przy uwzględnieniu powyższych ustaleń dokonano identyfikacji celów kontroli na 2015 r. Dotyczyły one przede wszystkim oceny dostępności, organizacji i sposobu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej

Tematyka planowanych kontroli świadczeniodawców obejmowała w szczególności sprawdzenie prawidłowości realizacji umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, ze szczególnym uwzględnieniem dostępności do tych świadczeń, prowadzenia list oczekujących, prawidłowości organizacji podmiotów leczniczych i rozliczania umów.

(dowód: akta kontroli str. 1174-1176, 1490-1572)

Wydział Kontroli przeprowadził w 2015 r. łącznie 346 postępowań kontrolnych (z tego 154 zaplanowanych, tj. 71,6% planu), w tym:

- 207 kontroli u świadczeniodawców, z tego 90 planowych (tj. 65,7% planu), 117 pozaplanowych i doraźnych, w tym trzy koordynowane przez Centralę NFZ; Kontrole przeprowadzono w 11 rodzajach świadczeń, z czego najwięcej dotyczących LSz (63), POZ (38), leczenia stomatologicznego (35) oraz AOS (35).

Najczęściej powtarzające się nieprawidłowości polegały m.in. na: nieprawidłowym kwalifikowaniu wykonywanych świadczeń medycznych, wykazywaniu jako hospitalizacji świadczeń, które mogły być wykonywane w warunkach ambulatoryjnych, niezgłaszaniu zmian w obsadzie kadrowej osób wykonujących zawody medyczne, mniejszej od wskazanej w umowie liczby personelu medycznego, udzielaniu świadczeń przez osoby inne niż ujęte w załączniku do umowy o świadczenie usług medycznych, niepowiadamianiu Oddziału o przerwach w udzielaniu świadczeń w okresie obowiązywania umowy, prowadzeniu dokumentacji medycznej w sposób niezgodny z obowiązującymi przepisami, nieprzekazywaniu w wyznaczonym terminie informacji o liczbie oczekujących pacjentów i średnim czasie oczekiwania, braku wymaganego wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną. Nie stwierdzono przypadków tzw. „kłamstwa ofertowego”.

- 79 kontroli aptek, w tym 38 planowych (93% planu) - sprawdzono 12.611 recept refundowanych o wartości 2.930,01 tys. zł, z których zakwestionowano 576 na kwotę 80,57 tys. zł, głównie z powodu realizacji recept pomimo określenia na nich niewłaściwego sposobu dawkowania leków lub odpłatności, braku podpisu osoby wystawiającej receptę, a także przypadków wydania leków droższych niż zapisano na recepcie,
- 57 kontroli ordynacji lekarskich, w tym 23 ujęte w planie (92% planu) - zakwestionowano 980 z 2.094 recept na kwotę refundacji wynoszącą 115,55 tys. zł. Wartość nałożonych kar stanowiła równowartość nienależnej refundacji, a przyczyną ich nałożenia było m.in.: wystawianie recept niezgodnie ze wskazaniami refundacyjnymi leków, brak dokumentacji medycznej pacjenta dla którego wystawiano receptę, brak uzasadnienia do zaordynowania leków refundowanych,
- dwie ujęte w planie kontrole programów lekowych i jedną kontrolę z zakresu chemioterapii (25% planu) - stwierdzono błędne sprawozdanie z hospitalizacji pacjentów objętych leczeniem i zakwestionowano wartość nienależnie przekazanych środków finansowych w wysokości 8.788 zł. Ponadto nałożono karę umowną w wysokości 2.184,36 zł.

Niepełna realizacja planu kontroli świadczeniodawców, jak wyjaśniano, spowodowana była znaczną ilością kontroli doraźnych.

(dowód: akta kontroli str. 1466-1489)

Oddział przeprowadził w 2015 r. osiem kontroli świadczeń przedstawianych przez świadczeniodawców do rozliczenia, jako „ratujące życie”. W ich wyniku ustalono m.in. że świadczeniodawcy w sposób niezgodny z obowiązującymi przepisami prowadzili dokumentację medyczną, nie stosowali się do obowiązujących norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych, nie zgłaszali do ŁOW NFZ na bieżąco zmian w posiadanym potencjale wykonawczym (personelu, sprzętu i aparatury oraz podwykonawców), nie dokonywali badań technicznych sprzętu medycznego, nie zapewniali właściwej organizacji całodobowej opieki w salach intensywnego nadzoru kardiologicznego. Ponadto, zakwestionowano rozliczenie 346 świadczeń zakwalifikowanych jako „ratujących życie” wg grupy JGP⁷⁸ E10-E14⁷⁹ na łączną kwotę 4.175,18 tys. zł, z których wyegzekwowano kwotę 610,58 tys. zł. Nałożono również na kontrolowane jednostki karę umowną w łącznej wysokości 274,40 tys. zł, z której wyegzekwowano 221,94 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 1587-1595)

W celu wyeliminowania nieprawidłowości Oddział nakładał na świadczeniodawców kary umowne, wzywał do zwrotu środków nienależnie przekazanych oraz zobowiązywał do przekazywania informacji o sposobie wykorzystania uwag i wykonania zaleceń bądź o działaniach podjętych w celu realizacji zaleceń lub przyczyn niepodjęcia takich działań. W przypadku nie udzielenia ww. informacji w wyznaczonym terminie wysyłane były do świadczeniodawców pisma ponagląjące.

(dowód: akta kontroli str. 1596-1616)

Stwierdzone w toku kontroli w 2015 r. nieprawidłowości skutkowały nałożeniem na kontrolowanych kar umownych w łącznej wysokości 2.346,92 tys. zł oraz wnioskowaniem o zwrot przez świadczeniodawców zakwestionowanych środków finansowych w łącznej kwocie 11.507,45 tys. zł.

Z kwoty nałożonych kar w 2015 r. według stanu na dzień 31 maja 2016 r.⁸⁰ wyegzekwowano 1.953,43 tys. zł (83,23%) oraz kwotę 6.534,04 tys. zł (56,78%) z tytułu nienależnie przekazanych przez ŁOW NFZ środków finansowych.

(dowód: akta kontroli str. 1617-1618)

W efekcie prowadzonych kontroli, w 2015 r. Oddział rozwiązał cztery umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej bez zachowania okresu wypowiedzenia. Jako przyczynę rozwiązania umów wskazano:

- niewykonanie zaleceń pokontrolnych,
- udzielanie świadczeń z zakresu POZ w sposób i w warunkach stwarzających zagrożenie zdrowia i życia świadczeniobiorców,
- podawania niezgodnych ze stanem faktycznym danych będących dla Oddziału podstawą ustalenia kwoty należności poprzez wielokrotne przedstawianie do rozliczenia świadczeń, które nie zostały faktycznie zrealizowane,

⁷⁸ Jednorodne Grupy Pacjentów.

⁷⁹ Leczenie szpitalne z zakresie: Kardiologia – hospitalizacja E10 – diagnostyka inwazyjna, E11 – leczenie inwazyjne dwuetapowe > 3 dni, E12 – leczenie inwazyjne złożone, E13 – leczenie inwazyjne >3 dni, E14 – leczenie inwazyjne <4 dni.

⁸⁰ Tj. na dzień sporządzenia przez ŁOW NFZ sprawozdania z przeprowadzonych kontroli realizacji umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej i refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz windykacji należności za 2015 r.

- przedstawienia przez świadczeniodawcę niezgodnych ze stanem faktycznym danych oraz udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w umowie i obowiązujących przepisach prawa.

(dowód: akta kontroli str. 1790-1808)

Analiza 11 postępowań kontrolnych (5,3% kontroli świadczeniodawców) wykazała, że sformułowane przez Oddział zalecenia pokontrolne dotyczyły w szczególności: rozliczania świadczeń medycznych zgodnie z warunkami umowy, dokonywania zmian w wykazie sprzętu medycznego i personelu w załącznikach do umowy oraz systematycznego zgłaszania tych zmian poprzez „Portal potencjału”, prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami, udzielania świadczeń w czasie i miejscu przewidzianym w umowie.

Oddział nie wyegzekwował od trzech świadczeniodawców informacji o sposobie realizacji wniosków.

Działania kontrolne Oddziału wykazały m.in. pobieranie od świadczeniobiorców nienależnych opłat w związku z wykonanym znieczuleniem do porodu, które było refundowane przez NFZ.

Oddział nie powiadomił organów ścigania o podejrzeniu popełnienia wykroczenia, co – jak wyjaśnił p.o. Dyrektora ŁOW NFZ - spowodowane było zapewnieniem o zaprzestaniu pobierania opłat i zobowiązania się do ich zwrotu pacjentkom.

W trzech z 11 analizowanych postępowań kontrolnych zobowiązano świadczeniodawców do zwrotu nienależnie pobranych środków w kwocie 340,08 tys. zł w związku z nieprawidłową kwalifikacją i rozliczeniem świadczeń medycznych, z czego do dnia zakończenia kontroli wyegzekwowano 330,47 tys. zł. Pozostała część należności jest spłacana w ratach na podstawie ugody zawartej przez ze świadczeniodawcą. Nałożone w 9 badanych postępowaniach kary umowne w łącznej wysokości 147,37 tys. zł zostały uregulowane w całości.

(dowód: akta kontroli str. 1573-1586, 1623-1638, 1838-1844, 1848-1852)

W planie kontroli wewnętrznej na 2015 r. przewidziano cztery kontrole problemowe wydziałów ŁOW NFZ oraz jedną kontrolę koordynowaną przez Centralę NFZ. Zrealizowano wszystkie zaplanowane kontrole oraz dwie kontrole doraźne, m.in. w zakresie procesu przygotowania postępowań konkursowych, aneksowania umów wieloletnich, prawidłowości rozrachunków z tytułu świadczeń zrealizowanych poza granicami kraju, oceny postępowań weryfikacyjnych prowadzonych na gruncie art. 50 ust. 16 ustawy o świadczeniach oraz efektywności wydatkowania środków publicznych związanych z zapewnieniem dostępu do rzeczowych świadczeń medycznych.

Wydane zalecenia pokontrolne dotyczyły zobowiązania Wydziału Obsługi Świadczeniobiorców i Współpracy Międzynarodowej do podjęcia działań zmierzających do osiągnięcia zakładanego poziomu wskaźników spraw wyjaśnionych. Wniosek został zrealizowany poprzez wprowadzenie zmian organizacyjnych w Wydziale.

(dowód: akta kontroli str. 1639-1664)

W 2015 r. zrealizowane zostały wszystkie cztery - ujęte w planie na ten rok - zadania audytowe dotyczące:

- finansowania nielimitowanych produktów onkologicznych,
- zapewnienia świadczeń opieki zdrowotnej przez NFZ w nocy i okresie świątecznym,
- procesu rozpatrywania i realizacji wniosków na leczenie uzdrowiskowe,
- zarządzania i administrowania nieruchomościami własnymi i lokalami użytkowymi przez ŁOW NFZ w zakresie remontów i inwestycji.

Zalecenie poaudytowe dotyczyły m.in. zatrudnienia w Oddziale właściwej liczby lekarzy specjalistów w zakresie leczenia uzdrowskiego i rehabilitacji uzdrowskiej, zapewnienia prawidłowej realizacji planu inwestycyjnego i zwiększenia nadzoru nad przygotowaniem aneksów do umów o zamówienia publiczne. Czynności sprawdzające realizację ww. zaleceń mają zostać przeprowadzone w trzecim i czwartym kwartale 2016 r.

(dowód: akta kontroli str. 1665-1786)

Rada Oddziału w 2015 r. nie podejmowała żadnych czynności kontrolnych dotyczących ŁOW NFZ.

Zgodnie z treścią informacji uzyskanej od Przewodniczącej Rady Oddziału, na posiedzeniach Rady były przedstawiane sprawozdania z różnych obszarów działalności ŁOW NFZ i - w ocenie członków Rady - były to informacje wystarczające. Nie dotarły również do Rady sygnały, które pociągały za sobą konieczność zlecenia kontroli.

(dowód: akta kontroli str. 1787-1788)

W 2015 r. w Oddziale rozpatrzono 207 skarg, z tego 171 dotyczących świadczeniodawców i 36 odnoszących się do działalności ŁOW NFZ. Najlichnieszą grupę skarg na świadczeniodawców stanowiły skargi na AOS (64), POZ (42) oraz na LSz (31). W przypadku skarg na działalność Oddziału, najwięcej dotyczyło realizacji skierowań na leczenie uzdrowskie (20). Potwierdzono zasadność 84 skarg, za bezzasadne uznano 65, natomiast w przypadku 58 nie dokonano jednoznacznej oceny ich zasadności, z uwagi m.in. na rozbieżność między oceną tego samego zdarzenia przez pacjenta i świadczeniodawcę oraz brak uprawnień bądź narzędzi do ustalenia stanu faktycznego przez Oddział.

Spośród skarg na świadczeniobiorców, 92 dotyczyły utrudnionej dostępności do świadczeń medycznych, a 79 niewłaściwej jakości świadczonych usług. W celu przeciwdziałania nieprawidłowościom stanowiącym przyczynę skarg, Oddział informował świadczeniobiorców o ich prawach i zasadach korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej, pouczano świadczeniodawców w zakresie zasad udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, informowano organy założycielskie i instytucje nadzorcze o nieprawidłowościach w funkcjonowaniu podległych im jednostek, zamieszczano komunikaty internetowe o zasadach udzielania świadczeń oraz wnioskowano o przeprowadzenie kontroli świadczeniodawców.

W 2015 r. nie wpłynęły do Oddziału skargi dotyczące stanu wyposażenia i kwalifikacji kadry medycznej.

Analiza 10 postępowań związanych z zbadaniem zasadności skarg na świadczeniodawców (5%), dotyczących w 7 przypadkach odmowy lub utrudnionego dostępu do świadczeń medycznych, a w 3 niewłaściwej jakości świadczonych usług wykazała, że postępowania te były prowadzone terminowo i rzetelnie, a o ich wynikach informowano skarżących. Uznając zasadność 5 skarg, m.in. zobowiązano jednego ze świadczeniodawców do zwrotu kosztów badań poniesionych przez świadczeniobiorcę, w sytuacji gdy były one refundowane przez NFZ, natomiast drugiego - do dokonania korekty finansowej poniesionych kosztów w związku z niewłaściwą jakością świadczonej usługi. Ponadto, pouczano świadczeniodawcę o przestrzeganiu zasad realizacji świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego. Każdorazowo informowano również skarżących o ich prawach i zasadach korzystania ze świadczeń zdrowotnych.

(dowód: akta kontroli str. 1809-1831)

W 2015 r. komisje konkursowe, powołane w ŁOW NFZ na podstawie § 17 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń

opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy⁸¹, przeprowadziły weryfikację 140 z 187 ofert złożonych w postępowaniach dotyczących zawarcie umów o świadczenie usług zdrowotnych. Wizytacje przeprowadzane były obligatoryjnie u oferentów, którzy dotychczas nie mieli zawartej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Pozostałe oferty, dla których nie przeprowadzono wizytacji posiadały status odrzuconych w postępowaniach rozstrzygniętych, bądź były ofertami występującymi w postępowaniach unieważnionych. Wyjątek stanowiły dwa postępowania konkursowe, w których zgodnie z § 17 ust. 3 ww. rozporządzenia odstąpiono od weryfikacji ofert złożonych przez oferentów, którzy mieli już wcześniej zawarte umowy z ŁOW NFZ w zakresie o udzielenie świadczeń, stanowiących przedmiot aktualnego postępowania.

Analiza dokumentów dotyczących siedmiu weryfikacji (5% przeprowadzonych w 2015 r.) wykazała, że stan faktyczny ustalony w trakcie wizytacji był zgodny danymi zawartymi w ofercie.

(dowód: akta kontroli str. 1832-1837)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Uwagi dotyczące
badanej działalności

W przypadku trzech z 11 objętych analizą kontroli Oddział nie posiadał informacji o sposobie wykorzystania przez świadczeniodawców uwag i wykonania zaleceń, bądź o działaniach podjętych w celu realizacji zaleceń lub przyczyn niepodjęcia takich działań, pomimo iż obowiązek złożenia takiej informacji spoczywał na świadczeniodawcach na podstawie art. 64 ust. 9 ustawy o świadczeniach.

Według wyjaśnień Dyrektora Oddziału, do jednego z ww. świadczeniodawców skierowano pismo przypominające o obowiązku poinformowania ŁOW NFZ o podjętych działaniach, zaś pozostali dwaj znajdują się w wykazie podmiotów, do których zostanie wysłane zapytanie dotyczące wykorzystania zaleceń pokontrolnych.

Pismo do wymienionego przez Dyrektora Oddziału świadczeniodawcy zostało wysłane w trakcie trwania postępowania kontrolnego NIK, tj. w dniu 20 czerwca 2015 r.

(dowód: akta kontroli str. 1575-1586, 1623-1638, 1845-1847)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonej nieprawidłowości działalność kontrolowanej jednostki w obszarze funkcjonowania systemu kontroli świadczeniodawców oraz kontroli wewnętrznej.

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli odstępuje od sformułowania wniosków pokontrolnych.

⁸¹ Dz. U. z 2014 r., poz. 1980.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

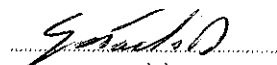
Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli⁸², 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 Łodzi.

Łódź, dnia 27 lipca 2016 r.

Kontroler
Dominik Gołacki
Specjalista k.p.


.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Łodzi

Dyrektor
Przemysław Szewczyk


.....
Podpis

⁸² Dz.U. z 2015 r., poz. 1096 ze zm. oraz z 2016 r. poz. 677

