



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Opolu

LOP.410.005.01.2019

Pan Robert Bryk
Dyrektor
Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego
Funduszu Zdrowia
45-315 Opole, ul. Głogowska 37

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/19/058 – Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2018 roku

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Opolu
ul. Krakowska 28, 45-075 Opole
T +48 77 449 70 00, F +48 77 449 70 44
lop@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana

Opolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, ul. Głogowska 37, 45-315 Opole¹

Kierownik jednostki kontrolowanej

Robert Bryk, Dyrektor Oddziału od 12 grudnia 2016 r.

Zakres przedmiotowy kontroli

1. Dostępność świadczeń opieki zdrowotnej
2. Wykonanie planu finansowego oddziału wojewódzkiego
3. Realizacja kosztów administracyjnych oddziału wojewódzkiego

Okres objęty kontrolą

Rok 2018 oraz okres opracowania planu w 2017 r. i działań w 2019 r. związanych ze sporządzeniem sprawozdań za 2018 r. W razie konieczności porównania niektórych danych z danymi za lata 2015-2017, okres kontroli obejmuje również te lata.

Podstawa prawna podjęcia kontroli

Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli²

Jednostka przeprowadzająca kontrolę

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Opolu

Kontrolerzy

1. Agnieszka Roszczak-Fedorowicz, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOP/38/2019 z 29 marca 2019 r.
2. Damian Mielcarek, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOP/42/2019 z 17 kwietnia 2019 r.
3. Marlena Przybylak, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOP/43/2019 z 17 kwietnia 2019 r.
4. Wojciech Krzyżek, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOP/44/2019 z 17 kwietnia 2019 r.
5. Krzysztof Rajczyk, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOP/49/2019 z 26 kwietnia 2019 r.

(akta kontroli str. 1-9)

¹ Dalej: OOW NFZ lub Oddział.

² Dz. U. z 2019 r. poz. 489; dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna³ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Planowanie przez Oddział świadczeń opieki zdrowotnej odbywało się zgodnie z założeniami procesu planowania. Podejmując te działania Oddział korzystał m.in. z własnych analiz, w tym dotyczących poziomu wykonania umów zawartych ze świadczeniodawcami i dostępności do świadczeń. Pomimo, że poziom finansowania świadczeń był sukcesywnie zwiększany, to występowały zakresy, w których czas oczekiwania na udzielenie świadczeń w „przypadkach stabilnych” przekraczał jeden rok. Dotyczyło to przykładowo świadczeń udzielanych w poradni endokrynologicznej, poradni rehabilitacyjnych i w oddziale rehabilitacji narządu ruchu. Kontrolowana jednostka rzetelnie monitorowała realizację umów zawartych ze świadczeniodawcami, co umożliwiało m.in. dokonywanie niezbędnych zmian w tych umowach, uwzględniających rzeczywisty stan ich realizacji.

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli w Oddziale rzetelnie realizowany był plan finansowy, w tym w zakresie planowanych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej. Prawidłowo wykorzystane zostały również środki finansowe przeznaczone na pokrycie kosztów administracyjnych, których udział w zrealizowanych kosztach ogółem Oddziału wynosił 0,8%. Rzetelnie prowadzono też ewidencję finansowo-księgową Oddziału.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły braku powiadomienia dyrektorów innych Oddziałów NFZ o rozwiązaniu umowy ze świadczeniodawcą, bez zachowania okresu wypowiedzenia oraz braku określenia w polityce rachunkowości Oddziału aktualnej wersji programu finansowo-księgowego i daty rozpoczęcia jego eksploatacji.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej⁴ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Dostępność świadczeń opieki zdrowotnej

1.1. Planowanie świadczeń opieki zdrowotnej

Opis stanu faktycznego

Plan zakupu świadczeń opieki zdrowotnej na 2018 r. został sporządzony w oparciu o wytyczne wynikające z przepisu art. 131b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁵, zgodnie z *Procedurą definiowania priorytetów i planowaniu zakupu świadczeń*⁶, m.in. w oparciu o mapy potrzeb zdrowotnych. Część opisowa tego planu zawierała opis przyjętych w ramach procesu kontraktowania założeń, analizę dostępności do świadczeń oraz uzasadnienie planowanej ilości i wartości świadczeń w poszczególnych rodzajach i zakresach świadczeń, jak i obszarów kontraktowania. W planie zakupu świadczeń wskazano m.in., że uwzględniono w nim zmiany w zakresie organizacji udzielenia oraz finansowania świadczeń wprowadzone przepisami ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach

³ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁴ Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

⁵ Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, ze zm., dalej: ustawa o świadczeniach.

⁶ Wprowadzoną zgodnie z pismem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia znak DAIS.032.1.2016-I.05255.KKU z 19 kwietnia 2016 r. (zmienionym pismami znak DSOZ.401.1402.2017 2017.46823.MCZ z 28 sierpnia 2017 r. oraz znak DSOZ.401.1589.2018 2018.48811.MJS z 11 września 2018 r.).

opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁷ (nową instytucję prawną w ochronie zdrowia w postaci systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej).

W planie zakupu świadczeń na rok 2018 wskazano również na źródła informacji stanowiące podstawę jego sporządzenia, obejmujące m.in. analizy demograficzne⁸ i epidemiologiczne⁹. Przy opracowywaniu tego dokumentu uwzględniono też dane zewnętrzne (pochodzące np. z Głównego Urzędu Statystycznego, Państwowego Zakładu Higieny, Krajowego Rejestru Nowotworów), dane własne Oddziału (obejmujące strukturę realizacji świadczeń w latach poprzednich, informacje o kolejkach oczekujących, przyjęte do realizacji priorytety zdrowotne oraz dane pochodzące z Centralnej Bazy Świadczeń w zakresie przyczyn korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej według katalogu ICD 10) oraz wymogi określone przez Ministra Zdrowia w przepisach dotyczących świadczeń gwarantowanych. Plan zakupu świadczeń na rok 2018 stanowił podstawę do przeprowadzenia procesu zabezpieczenia dostępu do świadczeń dla ubezpieczonych. W założeniach dotyczących opracowania ww. planu wskazano, że miał on gwarantować możliwość zapewnienia osobom uprawnionym dostęp do świadczeń zdrowotnych, przy uzyskaniu najlepszych efektów zdrowotnych w ramach dostępnych środków.

(akta kontroli str. 21-37, 224-230)

Uzasadniając planowane ilości i wartości świadczeń zdrowotnych oraz obszary kontraktowania na drugim etapie procesu planowania zakupu świadczeń, wskazano na przeprowadzone analizy zapotrzebowania na świadczenia dokonane przy uwzględnieniu *Priorytetów dla Regionalnej polityki zdrowotnej dla województwa opolskiego na okres od dnia 30 czerwca 2016 r. do dnia 31 grudnia 2018 r.*¹⁰ określonych przez Wojewodę Opolskiego¹¹. W ramach priorytetów regionalnych uwzględniono realizację priorytetów centralnych, jak i wybranych priorytetów dla polityki regionalnej województwa opolskiego (priorytety długofalowe wymagające wielosektorowego współdziałania na poziomie regionalnym).

W okresie objętym kontrolą przyjęto do realizacji sześć priorytetów regionalnej polityki zdrowotnej:

- Wzmocnienie roli opieki długoterminowej i hospicyjnej – poprawa dostępności do opieki długoterminowej i hospicyjnej; w ramach tego priorytetu Oddział uwzględnił wszystkie rodzaje świadczeń w tym zakresie (opieka nad pacjentem w wieku podeszłym – zwiększenie nakładów na realizację świadczeń dla pacjentów powyżej 65 roku życia), a termin realizacji ww. priorytetu określono na lata 2017-2018; ww. priorytet wpisywał się w priorytet ogólnopolski – świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, rozwój opieki długoterminowej;
- Zwiększenie dostępności do opieki geriatrycznej; w ramach tego priorytetu Oddział uwzględnił wszystkie rodzaje świadczeń w tym zakresie (opieka nad pacjentem w wieku podeszłym – zwiększenie nakładów na realizację świadczeń dla pacjentów powyżej 65 roku życia), termin realizacji priorytetu określono na okres 2017-2018;

⁷ Dz. U. poz. 844; dalej: ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach.

⁸ Analiza danych demograficzna obejmowała m.in.: liczbę ludności województwa (w podziale na wieś i miasto oraz mężczyzn i kobiety), dane dotyczące ruchu naturalnego i przeciętnego trwania życia oraz wyniki analizy *Procesy zachodzące w strukturze wieku i starzenia się ludności województwa opolskiego*.

⁹ Analiza epidemiologiczna obejmowała m.in.: analizę zachorowalności na choroby zakaźne, analizę głównych przyczyn zgonów oraz umieralności noworodków, dzieci i młodzieży, analizę w zakresie chorobowości hospitalizowanej, a także analizę sytuacji epidemiologicznej w zakresie chorób psychicznych.

¹⁰ Po aktualizacji dokonanej na podstawie art. 4 ust. 3 ustawy z dnia 21 lipca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1355, ze zm.) obejmował on priorytety potrzeb zdrowotnych od września 2018 r. do 31 lipca 2020 r.

¹¹ W porozumieniu z Wojewódzką Radą do spraw Potrzeb Zdrowotnych stosownie do wymogów wynikających z art. 95c ustawy o świadczeniach.

- Optymalizacja dostępności w zakresie chirurgii jednego dnia; priorytet ten wpisywał się w priorytet ogólnopolski – leczenie szpitalne, świadczenia w zakresie usunięcia ząbów oraz zwiększenie dostępności do tych świadczeń;
- Zapewnienie optymalnego standardu w zakresie kompleksowej opieki nad matką i dzieckiem; adekwatnie do tego priorytetu Oddział przyjął priorytet ogólnopolski – *leczenie szpitalne, programy profilaktyczne, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, świadczenia odrębnie kontraktowane, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, opieka perinatalna, optymalizacja nakładów finansowych na realizację świadczeń związanych z opieką nad matką i dzieckiem w okresie ciąży, porodu i połogu (...)*; termin realizacji priorytetu określono na lata 2017-2018;
- Zapewnienie opieki nad pacjentem poniżej 18 roku życia; w ramach tego priorytetu Oddział uwzględnił wszystkie rodzaje świadczeń w tym zakresie (opieka nad pacjentem poniżej 18 roku życia – zwiększenie dostępności do świadczeń udzielanych na rzecz dzieci i młodzieży poniżej 18 roku życia); termin realizacji priorytetu określono na lata 2017-2020;
- Zwiększenie oferty udzielanych świadczeń w zakresie opieki psychiatrycznej dzieci i dorosłych z uwzględnieniem psychogeriatry; w ramach tego priorytetu Oddział uwzględnił wszystkie rodzaje świadczeń w tym zakresie; priorytet wpisywał się w priorytet ogólnopolski (*psychiatria – wyrównanie dostępności do świadczeń psychiatrycznych*).

(akta kontroli, str. 21-37, 185, 195-212)

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że *mając na uwadze posiadane środki finansowe na rok 2019 zapewniono dostęp do wszystkich medycznie uzasadnianych świadczeń opieki zdrowotnej, wynikających z zidentyfikowanych potrzeb zdrowotnych ubezpieczonych na poziomie nie niższym niż zawarte umowy początkowe w roku 2018 (...)*.

(akta kontroli, str. 182)

Zabezpieczenie dostępności do świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień¹² zaplanowano w podziale na poszczególne zakresy. W wyniku przeprowadzonych postępowań konkursowych, zawarte zostały umowy wieloletnie w rodzaju PSY¹³, których poziom finansowania w 2018 r. był wyższy o 5,44% od pierwotnego planu zakupu świadczeń ustalonego na ten rok (według stanu na 1 stycznia)¹⁴. Według planu zakupu świadczeń po zmianach, liczba świadczeń w rodzaju PSY w 2018 r. wynosiła 7 673 217 i była wyższa o 34 090 świadczeń od zaplanowanych w 2017 r. (7 639 127). Liczba świadczeń wynikających z umów zawartych w ww. rodzaju świadczeń wynosiła w 2017 r. 7 642 281,26 świadczeń (o wartości 73 189,15 tys. zł), a w 2018 r. 7 927 727 (o wartości 81 775,27 tys. zł). W 2018 r. rozliczono 7 902 010,25 świadczeń (o wartości 81 674,54 tys. zł, tj. 99,8% kwoty ogółem zawartych umów w ww. rodzaju), a w 2017 r. 7 610 589,32 świadczeń (o wartości 72 990,95 tys. zł, tj. 99,7% kwoty ogółem zawartych umów).

(akta kontroli, str. 182, 231-232)

Analiza planu zakupu świadczeń na 2018 r. w zakresie zmniejszeń finansowania poszczególnych rodzajów świadczeń (z uwzględnieniem ich zakresów), dla których w poprzednich latach stwierdzano utrzymującą się dużą liczbę pacjentów oczekujących na świadczenie oraz długi średni czas oczekiwania¹⁵ wykazała, że:

¹² Dalej: PSY.

¹³ Z pięcioletnim okresem ich obowiązywania od 1 lipca, od 1 sierpnia lub od 1 września 2018 r. do odpowiednio 30 czerwca, 31 lipca lub 31 sierpnia 2023 r. Okres rozliczeniowy wynosił 12 miesięcy.

¹⁴ Podobnie w 2017 r. wartość zawartych umów była wzrosła o 8,6% od pierwotnego planu zakupu świadczeń na rok 2017 (ustalonego na dzień 1 stycznia 2017 r.).

¹⁵ Informacje o liczbie osób oczekujących i średnim czasie oczekiwania wynikały z danych pochodzących z list oczekujących prowadzonych przez świadczeniodawców w aplikacji udostępnionej przez OOW NFZ, według stanu na koniec grudnia 2018 r.

a/ w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna¹⁶ (według stanu na 31 grudnia 2018 r.) największa liczba świadczeniobiorców (pacjentów) zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” dotyczyła list oczekujących do poradni specjalistycznych: okulistycznej (9 063 pacjentów), kardiologicznej (4 298 pacjentów), endokrynologicznej (4 272 pacjentów), neurologicznej (3 668 pacjentów) oraz chirurgii urazowo-ortopedycznej (2 717 pacjentów); spośród ww. poradni specjalistycznych, poradnie kardiologiczna i endokrynologiczna wyróżniały się najdłuższą średnią czasu oczekiwania określoną dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” (odpowiednio 206 i 490 dni¹⁷);

b/ w rodzaju PSY największa liczba świadczeniobiorców zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” dotyczyła list oczekujących do: poradni zdrowia psychicznego, oddziałów leczenia zaburzeń nerwicowych oraz oddziałów psychiatrycznych dla chorych somatycznie; spośród ww. zakresów najdłuższy średni czas oczekiwania dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” (według stanu na 31 grudnia 2018 r.) wynosił: 174 dni do przyjęcia na oddział leczenia zaburzeń nerwicowych i 179 dni na oddział psychiatrycznych dla chorych somatycznie; w przypadku świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych nastąpiło zmniejszenie ich liczby z 772,3 tys. w roku 2017 (na kwotę 6 324 tys. zł) do 743,7 tys. w roku 2018 (na kwotę 6 698, 5 tys. zł)¹⁸;

c/ w rodzaju rehabilitacja lecznicza¹⁹ największa liczba świadczeniobiorców zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” (według prowadzonych list oczekujących do poszczególnych komórek organizacyjnych realizujących świadczenia rehabilitacji leczniczej) oczekiwała do: działów (pracowni) fizjoterapii (26 599 osób, przy średnim czasie oczekiwania wynoszącym 124 dni) oraz poradni rehabilitacyjnych (3 087 osób, przy średnim czasie oczekiwania 354 dni); najdłuższy średni czas oczekiwania dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” (według stanu na 31 grudnia 2018 r.), wynosił 496 dni i dotyczył przyjęcia do oddziału rehabilitacji narządu ruchu; zmniejszenie liczby zakontraktowanych świadczeń dotyczyło zakresu fizjoterapii ambulatoryjnej (z 17 350,6 tys. świadczeń na kwotę 18 629,9 tys. zł w 2017 r. do 16 678,1 tys. świadczeń na kwotę 17 765,7 tys. zł w 2018 r.²⁰).

Dyrektor wyjaśnił, że z uwagi na brak środków finansowych, o czym sygnalizowano w projekcie planu finansowego na rok 2018 (...), spadek ww. zakresie świadczeń wyniósł 4,64% w stosunku do roku 2017. Natomiast na II półroczu 2018 i na rok 2019 zakontraktowano w formie wydzielonej fizjoterapię w warunkach domowych, która w roku 2017 była realizowana w ramach fizjoterapii. Powyższe umożliwiło zachowanie dostępności na poziomie zbliżonym do roku 2017;

d/ w rodzaju leczenie stomatologiczne²¹ największa liczba świadczeniobiorców (według stanu na 31 grudnia 2018 r.) zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” dotyczyła pacjentów oczekujących odpowiednio na: leczenie protetyczne oraz przyjęcie do poradni stomatologicznych i poradni chirurgii stomatologicznej; najdłuższy średni czas oczekiwania wynosił 92 dni i dotyczył on świadczeń protetycznych;

e/ procedury (wybrane) – największa liczba osób na listach oczekujących dotyczyła zabiegów w zakresie soczewki – głównie zabiegów usunięcia zaćmy (11 665 osób zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” i 581 osób

¹⁶ Dalej: AOS.

¹⁷ W latach 2017-2019 nie zmniejszono liczby zakontraktowanych świadczeń. Świadczeniodawcy zakwalifikowani do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia (PSZ) realizowali świadczenia w tych zakresach w ramach ryczałtu PSZ.

¹⁸ W 2019 r. - 750,8 tys. świadczeń (na kwotę 6 241,8 tys. zł).

¹⁹ Dalej: REH.

²⁰ W 2019 r. - 16 680,9 tys. świadczeń (na kwotę 17 753,2 tys. zł).

²¹ Dalej: STM.

zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek pilny” przy średnim czasie oczekiwania wynoszącym odpowiednio 774 dni i 106 dni); długi okres oczekiwania dotyczyły również endoprotezoplastyki stawu kolanowego oraz endoprotezoplastyki stawu biodrowego (odpowiednio: 3 903 osoby zakwalifikowane do kategorii medycznej „przypadek stabilny” i 405 osób „przypadek pilny” oraz 4 668 osób zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” i 474 osób „przypadek pilny”), przy średnim czasie oczekiwania dla „przypadków stabilnych” wynoszącym odpowiednio: 844 dni (staw biodrowy) i 1 017 dni (staw kolanowy) oraz dla „przypadków pilnych”: 212 dni (staw biodrowy) i 334 dni (staw kolanowy). W okresie objętym kontrolą poziom finansowania ww. procedur medycznych był sukcesywnie zwiększany²².

(akta kontroli, str. 182-184)

W planach zakupu świadczeń na lata 2018-2019 uwzględniono wszystkie rodzaje świadczeń, w ramach których zostały zawarte umowy na ich finansowanie²³. W czterech zakresach świadczeń: pomoc doraźna dla miasta Opola (w rodzaju STM) oraz Koordynowana Opieka nad Ciężarną²⁴, Dziecięca Opieka Koordynowana²⁵ i Koordynowana Opieka nad Osobami z Całościowymi Zaburzeniami Rozwoju²⁶ (w rodzaju SOK) nie zawarto umów. W ww. zakresach ogłoszone zostały postępowania.

(akta kontroli, str. 185-186, 231-232, 245)

W procesie planowania zakupu świadczeń w Oddziale wykorzystano z danych dotyczących poziomu realizacji umów w okresie poprzedzającym rok planowania. Powyższe dane gromadzone były m.in. w systemie informatycznym Oddziału, w aplikacji pn. *Centralna Baza Świadczeń*²⁷ oraz we własnych aplikacjach pozwalających na szczegółowe analizy dotyczące zrealizowanych świadczeń pn. *Przegląd świadczeń* oraz *Przegląd Świadczeń NEW*, zawierających szczegółowe dane m.in. w zakresie liczby świadczeń, kosztów hospitalizacji, kosztów osobodnia i średniego czasu pobytu pacjenta.

(akta kontroli, str. 186-187, 231-242)

Przy planowaniu zakupu świadczeń Oddział korzystał również z danych otrzymywanych z Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia²⁸ dotyczących dostępności do świadczeń w podziale na poszczególne oddziały wojewódzkie (w przeliczeniu na 10 tyś. ubezpieczonych w danym województwie) oraz z informacji wynikających z porównania cen jednostek rozliczeniowych. Ponadto w zakresie wykorzystania łóżek szpitalnych Oddział korzystał z informacji opracowanych przez Wojewodę Opolskiego.

(akta kontroli, str. 186-187, 231-242)

²² Zabiegi operacji zaćmy z 13 455,7 tys. zł w 2017 r. do 15 530,4 tys. zł w 2019 r. (plan), zabiegi endoprotezoplastyki z 22 570,5 tys. zł w 2017 r. do 25 711,2 tys. zł w 2019 r. (plan).

²³ Podstawowa opieka zdrowotna (dalej: POZ), AOS, leczenie szpitalne (dalej: LSZ), PSY, REH, opieka długoterminowa, STM, leczenie uzdrowiskowe, profilaktyczne programy zdrowotne (dalej: PRO), świadczenia zdrowotne odrębnie kontraktowane (dalej: SOK), zaopatrzenie w wyroby medyczne, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze (dalej: SPO), opieka paliatywna i hospicyjna (dalej: OPH), ratownictwo medyczne, pomoc doraźna i transport sanitarny od 2009, programy pilotażowe.

²⁴ Dalej: KOC I.

²⁵ Dalej: DOK.

²⁶ Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży realizowana na I lub II poziomie opieki perinatalnej lub nad dzieckiem, u którego zdiagnozowano ciężkie nieodwracalne upośledzenia albo nieuleczalną chorobę zagrażającą jego życiu. Dalej: KO CZOR.

²⁷ Dalej: CBS.

²⁸ Dalej: NFZ.

W Oddziale sporządzono prognozy kosztów OOW NFZ na okres trzech lat²⁹ w układzie odpowiadającym wzorowi planu finansowego NFZ określonego w przepisach rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia³⁰. W prognozie zawierano wyniki analizy danych o zrealizowanych świadczeniach oraz o liczbie oczekujących i czasie oczekiwania na świadczenia w poszczególnych rodzajach świadczeń objętych umowami.

W planie zakupu świadczeń na 2018 r., w części dotyczącej środków przeznaczanych na koszty świadczeń opieki zdrowotnej³¹ w poszczególnych rodzajach świadczeń, uwzględniono m.in.: dotychczasową strukturę rodzajową świadczeń i ewentualne skutki projektowanych zmian w ich realizacji, a także zmiany związane z publikowanymi przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji³² obwieszczeniami w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych dotyczących wybranych rodzajów świadczeń. Na etapie tworzenia ww. planu, na podstawie danych dotyczących poziomu realizacji umów w poszczególnych rodzajach i zakresach świadczeń, szacowano zapotrzebowanie na świadczenia na obszarze działania Oddziału. Ww. plan uwzględniał wytyczne Centrali NFZ zawarte w prognozie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, z zastrzeżeniem, że *plan nie może przekroczyć kwoty określonej przez Centralę, przeznaczoną na świadczenia wyliczonej na podstawie algorytmu określonego rozporządzeniem Ministra Zdrowia.*

(akta kontroli, str. 188, 243-345)

W Oddziale sporządzano prognozy przychodów i kosztów na lata 2018-2020³³ wraz z częścią opisową oraz załącznikiem, w którym szczegółowo określano prognozę wysokości kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, kosztów administracyjnych, pozostałych kosztów i kosztów finansowych Oddziału.

(akta kontroli, str. 243-345)

Na etapie planowania zakupu świadczeń na rok 2018 r. uwzględniano informacje o kolejkach oczekujących i czasie oczekiwania w poszczególnych rodzajach i zakresach świadczeń :

a/ w rodzaju AOS w zakresie badań: tomografii komputerowej³⁴ i rezonansu magnetycznego³⁵ (według stanu na 30 września 2018 r. oczekiwało 10 459 osób³⁶);
b/ w rodzaju LSZ w zakresie procedur medycznych dotyczących endoprotezoplastyki (na zabiegi oczekiwało 7 981 osób, a średni czas oczekiwania wynosił 1 281 dni)³⁷ i zabiegów operacji zaćmy (na zabiegi operacji zaćmy oczekiwało 11 655 osób, a średni czas oczekiwania wynosił 964 dni)³⁸ – świadczenia te wpisywały się w przyjęte w Oddziale priorytety ogólnopolskie określone przez Centralę NFZ³⁹. Według stanu na wrzesień 2018 r. na zabiegi

²⁹ W dokumencie pn. *Założenia co corocznej prognozy kosztów oddziałów wojewódzkich NFZ na lata 2018-2020* oraz w kolejnym dokumencie dotyczącym lat 2019-2021.

³⁰ Dz. U. z 2019 r. poz. 835.

³¹ Dalej: plan kosztów.

³² Dalej: AOTMiT.

³³ Powyższe wynikało z przepisów art. 107 ust. 5 pkt 2 oraz art. 120 ust. 2 ustawy o świadczeniach.

³⁴ Dalej: TK.

³⁵ Dalej: MR.

³⁶ Dane pochodzą z Ogólnopolskiego Informatora o Terminach Leczenia – według stanu na wrzesień 2018 r. W rodzaju AOS w zakresie badań TK i MR w planach kosztów na rok 2019 uwzględniono wzrost 4,5% liczby punktów rozliczeniowych, w związku z przyjętym przez Oddział priorytetem regionalnym określony w piśmie znak: WSOZ-DAN.602.1.2018.OOW.2.EG z dnia 14.09.2018 r.

³⁷ Wg stanu na wrzesień 2018 r.

³⁸ Wg stanu na wrzesień 2018 r.

³⁹ Pismo znak: DAiS.602.4.2018 2018.46251.KI z 29 sierpnia 2018 r. W ww. rodzaju, w zakresach okulistyka (hospitalizacja, B18G, B19G), zabiegi zaćmy, ortopedia i traumatologia narządu ruchu (hospitalizacja), świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego (świadczenia finansowane odrębnie). W planie finansowym Oddziału na rok 2019 - przyjęto liczbę jednostek rozliczeniowych (pierwotną) z umów

operacji zaćmy oczekiwało 11 655 osób (średni czas oczekiwania wynosił 964 dni), natomiast na zabiegi endoprotezoplastyki 7 981 osób (średni czas oczekiwania 1281 dni).

(akta kontroli, str. 188-189, 243-25, 2339)

Przy planowaniu zakupu świadczeń na dany rok dokonywano zmian ceny za punkt rozliczeniowy oraz liczby świadczeń. Porównanie planów zakupu świadczeń Oddziału w latach 2017-2018 wykazało, że w planie zakupu świadczeń na 2018 r. zmieniono cenę punktu rozliczeniowego w następujących rodzajach świadczeń:

- AOS, cenę ustalono na poziomie 1 zł (zmiana dotyczyła nowych postępowań przeprowadzanych w okresie lipiec-grudzień 2018 r. w celu dostosowania do ceny obowiązującej w części ryczałtowej świadczeń ambulatoryjnych udzielanych w ramach podstawowego systemu zabezpieczania);
- PSY, zmiana ceny w poszczególnych zakresach świadczeń wzrosła od 0,23 zł do 0,68 zł. Dla świadczeń w udzielanych w zakresie izby przyjęć szpitala (ryczałt dobowy) cena wzrosła z 1 040 zł do 1 800 zł, ustalono również jednolitą cenę w świadczeń dla dorosłych na poziomie 11,11 zł (zmiany cen dotyczyły nowych postępowań ogłaszanych w okresie lipiec-grudzień 2018 r.);
- OPH, cenę ustalono na poziomie 51,75 zł (w 2017 r. ceny wahały się od 37,40 zł do 47,30 zł);
- OPD, cenę ustalono na poziomie 28 zł (dla pięciu zakresów świadczeń, w których cena wahała się od 23,40 zł do 26 zł) oraz 80 zł z 77 zł dla świadczeń udzielnych w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym/opiekuńczo leczniczym.

(akta kontroli, str. 189, 243, 2339)

Badanie dotyczące procesu planowania zakupu świadczeń w rodzaju PSY w 2018 r., obejmujące m.in. dokumentację zawierającą dane i informacje o planowanych i wykonanych świadczeniach, dane z list oczekujących na ww. świadczenia, ogłoszenia o postępowaniach, zgodność z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz metodologię ustalania obszarów kontraktowania wykazało, że:

- w rodzaju PSY Oddział w 2018 r. przeprowadzał postępowania w zakresach: świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży (04.1701.001.02) oraz świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży (04.4701.001.02);
- w procesie kontraktowania nie prowadzono postępowań w trybie rokowań zmierzających do zawarcia umów;
- unieważnione zostały trzy postępowania w zakresie świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dzieci i młodzieży⁴⁰;
- obszar kontraktowania dla zakresu świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży udzielanych w warunkach stacjonarnych (LSZ) ustalono na poziomie województwa (z uwagi na ograniczoną liczbę podmiotów realizujących świadczenia w województwie opolskim, tj. jeden szpital neuropsychiatryczny), dla zakresu świadczenia psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dzieci i młodzieży obszar kontraktowania ustalony został na poziomie powiatu lub grupy powiatów, z uwagi na minimalne wskaźniki dostępności do świadczeń psychiatrycznym oraz realizację świadczeń jak najbliżej miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy w zakresie poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży;
- w *Planie Zakupu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego na rok 2018* zawarto dane dotyczące m.in. wzrostu liczby pacjentów z zaburzeniami psychiatrycznymi w województwie opolskim (34 942 pacjentów w 2015 r. oraz 35 036 pacjentów w 2016 r.); z analiz dotyczących liczby pacjentów

z okresem rozliczeniowym styczeń-grudzień 2018 r. (wobec powyższego utrzymano dostępność do tych świadczeń w 2019 r. na poziomie porównywalnym z początkiem 2018 r.).

⁴⁰ Nie wpłynęła żadna oferta.

leczonych w poszczególnych powiatach w latach 2015-2016 wynikało, że najwięcej osób korzystało z ww. świadczeń w Opolu (4 870 pacjentów), powiecie nyskim (4 777 pacjentów) i kędzierzyńsko-kozielskim (4 672 pacjentów), a najmniej w powiecie namysłowskim (933 pacjentów);

- na 2018 r. Oddział zgodnie z priorytetami ogólnopolskim uwzględnił wyrównanie poziomu dostępności do świadczeń psychiatrycznych geriatrycznych i psychosomatycznych realizowanych w formie dziennej;

- w zakresie ustalania zasad podziału środków dla postępowań ogłoszonych w 2018 r. komisja konkursowa, w części niejawnej, dokonywała analizy pod względem wartościowym złożonych ofert, weryfikując m.in. strukturę i zasoby świadczeniodawcy w kontekście zdolności do wykonania oferowanej liczby świadczeń, kwalifikacje i czas pracy personelu, posiadany sprzęt (zgodnie z wymaganiami określonymi w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień⁴¹), uzyskaną liczbę punktów w rankingu otwarcia ofert oraz wykonanie świadczeń w okresie poprzednim;

- umowy w rodzaju PSY z uwagi na okres obowiązywania do 30 czerwca 2018 r. podlegały procedurze aneksowania.

(akta kontroli, str. 13-14, 21-36)

1.2. Wykonanie planu zakupów świadczeń

Opis stanu faktycznego

Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarto we wszystkich szesnastu rodzajach świadczeń, przewidzianych w planie zakupu świadczeń na rok 2018 r. oraz zgodnie z planowaną ich liczbą. Plan ten obejmował wszystkie świadczenia stanowiące w latach wcześniejszych zabezpieczenie świadczeniobiorców z obszaru kontraktowania Oddziału.

(akta kontroli, str. 191, 231-232)

Rozstrzygnięcia postępowań konkursowych, poprzedzających zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, następowały w terminach umożliwiających realizację świadczeń w ramach nowych umów bezpośrednio po zakończeniu okresu obowiązywania umów wcześniejszych. Nie wystąpiła sytuacja przerw w zabezpieczeniu dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa opolskiego.

Analiza danych dotyczących przeprowadzonych i rozstrzygniętych w Oddziale postępowań (w latach 2017-2018) wykazała, że:

a/ rozstrzygnięto 199 postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przeprowadzonych w dziewięciu⁴² z 15 rodzajów świadczeń, w ramach ogłoszonych 191 konkursów ofert⁴³; postępowania główne wszczęto

⁴¹ Dz. U. poz. 1386, ze zm.

⁴² Tj. AOS (35 postępowań, w tym 31 konkursów ofert oraz 4 rokowania), LSZ (3 postępowania wyłącznie konkursowe), LSZ – programy lekowe (7 postępowań wyłącznie konkursowych), PSY (75 postępowań), REH (24 postępowania wyłącznie konkursowe), *Świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej* (27 postępowań wyłącznie konkursowych), *Opieka paliatywna i hospicyjna* (14 postępowań wyłącznie konkursowych), STM (6 postępowań wyłącznie konkursowych), *Świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane odrębnie* (8 postępowań, w tym 7 konkursów ofert i 1 rokowania). W pozostałych sześciu rodzajach świadczeń, tj.: *Nocna i świąteczna podstawowa opieka zdrowotna*, *LSZ-chemioterapia*, *LSZ – świadczenia wysokospecjalistyczne*, *Ratownictwo medyczne*, *Pomoc doraźna i transport sanitarny* oraz PRO nie ogłaszano nowych postępowań.

⁴³ Poza konkursami ofert w ośmiu przypadkach przeprowadzono rokowania. Liczba rokowań według przyczyn ich podjęcia wymienionych w art. 144 ustawy o świadczeniach wynosiła: a/ dwa rokowania w ramach AOS na podstawie art. 144 pkt 1 ww. ustawy, b/ trzy rokowania – jedno w ramach AOS i dwa w ramach PSY na podstawie art. 144 pkt 2 ww. ustawy, c/ dwa rokowania: jedno w ramach PSY i jedno w ramach SOK na podstawie art. 144 pkt 3 ww. ustawy, oraz d/ 1 rokowanie w ramach AOS na podstawie art. 154. ust. 7 ww. ustawy.

i rozstrzygnięto w ośmiu rodzajach świadczeń (w 2017 r.: w pięciu rodzajach świadczeń, tj. LSZ, LSZ – programy lekowe, REH, STM i SOK, a w 2018 r. w trzech, tj. PSY, SPO w ramach opieki długoterminowej oraz OPH).

b/ wartość zawartych umów w poszczególnych rodzajach świadczeń, według stanu na koniec 2017 r. i 2018 r. wynosiła odpowiednio: 1 576 267 065,51 zł i 1 688 711 981,57 zł (wartość przypadająca na jednego ubezpieczonego wynosiła odpowiednio 1 892,1 zł w 2017 r. oraz 2 027,08 zł w 2018 r., a na jednego świadczeniobiorcę odpowiednio 1 975,5 zł oraz 2 129,69 zł).

c/ po raz pierwszy (w 2018 r.) zawarto umowę z pięcioma świadczeniodawcami. Świadczeniodawcy biorący udział ww. postępowaniach, na podstawie przedłożonych dokumentów oraz danych zawartych w ofertach (a także w trakcie kontroli w przypadku nowych świadczeniodawców), zostali zweryfikowani pod kątem spełnienia wymagań umożliwiających im udzielanie świadczeń.

(akta kontroli, str. 231-232, 346-350, 2339)

Podstawowym trybem wyboru świadczeniodawców były postępowania konkursowe. Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że *OOW NFZ nie stosował odstępstw od podstawowych trybów wyboru świadczeniodawców, w tym również w trybie art. 161b (ustawy o świadczeniach). Zgodnie bowiem z zapisami art. 161b ust 4 do dodatkowego postępowania stosuje się odpowiednio przepisy art 139-161 z wyłączeniem art. 149 ustawy, czyli umowy zawierane są albo w trybie konkursu ofert albo w trybie rokowań. Poza tym, zgodnie zapisem art. 161b ust 3 tejże ustawy, w wyniku rozstrzygnięcia dodatkowego postępowania, o którym mowa w ust. 1, może być zawarta ze świadczeniodawcą, o którym mowa w ust. 2, umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w danym zakresie świadczeń gwarantowanych: – wyłącznie raz – na okres nie dłuższy niż rok. Wobec powyższego nie ma możliwości aneksowania umowy zawartej a trybie art. 161b, tj. na warunkach obniżonych. Również w trybie art. 154 ust 7 – w przypadku uwzględnienia odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przeprowadza się postępowanie w trybie rokowań ze świadczeniodawcą, który złożył wskazane odwołanie, chyba że z opisu przedmiotu zamówienia wynika, że umowę na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawiera się z jednym świadczeniodawcą na danym obszarze. W takim przypadku Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu ponownie przeprowadza postępowanie w sprawie zawarcia umowy.*

(akta kontroli, str. 191-192)

Na podstawie danych dotyczących m.in. przeprowadzonych w 2018 r. postępowań, zawartych nowych umów i aneksów do umów już obowiązujących stwierdzono, że w okresie objętym kontrolą Oddział zawarł umowy ze świadczeniodawcami na zasadach określonych w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dla umów aneksowanych w czterech rodzajach świadczeń przekroczono maksymalny okres obowiązywania umów (wynikający z art. 156 ustawy o świadczeniach), i tak:

a/ w rodzaju AOS – Prezes NFZ w trybie art. 156 ust. 1a ustawy o świadczeniach, na wniosek Dyrektora Oddziału dotyczący braku możliwości zabezpieczenia świadczeń w rodzaju AOS od dnia 1 lipca 2018 r. (pomimo rozpoczęcia postępowań kursowych w tym rodzaju), wyraził 25 kwietnia 2018 r. zgodę na przedłużenie okresu obowiązywania umów, na czas nie dłuższy niż sześć miesięcy;

b/ w rodzaju PSY w zakresie świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych Prezes NFZ na podstawie art. 156 ust. 1d ustawy o świadczeniach, na wniosek Dyrektora Oddziału dotyczący ryzyka braku zabezpieczenia udzielania świadczeń ww. zakresie, wyraził 25 czerwca 2018 r. zgodę na przedłużenie okresu

obowiązywania umów zawartych z jednym świadczeniodawcą na czas od 1 do 31 lipca 2018 r.;

c/ w rodzaju SOK w zakresie tlenoterapia domowa – Prezes NFZ na podstawie art. 156 ust. 1a i ust. 1d ustawy o świadczeniach, na wniosek Dyrektora Oddziału, w związku z ryzykiem braku zabezpieczenia udzielania świadczeń ww. zakresie, wyraził 26 czerwca 2018 r. zgodę na przedłużenie okresu obowiązywania umów zawartych z Oddziałem do 31 sierpnia 2018 r.;

d/ w rodzaju PRO – Prezes NFZ na podstawie art. 156 ust. 1a i ust. 1d ustawy o świadczeniach, na wniosek Dyrektora Oddziału, w związku z ryzykiem braku zabezpieczenia udzielania świadczeń ww. zakresie, 5 października 2018 r. wyraził zgodę na przedłużenie okresu obowiązywania umów zawartych z Oddziałem do 30 czerwca 2019 r.

W każdym z ww. przypadków złożenie wniosku przez Dyrektora Oddziału zostało poprzedzone analizą dostępności do świadczeń w danym zakresie (o której mowa w art. 156 ust. 1c ww. ustawy), na podstawie której Oddział wskazał, że zachodzi ryzyko braku zabezpieczenia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Kontrolowana jednostka, w związku z przedłużeniem ww. umów, przeprowadziła postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresach świadczeń objętych tymi umowami.

Przedłużenie umów w trybie art. 156 ust. 1a ww. ustawy na 2018 r. dotyczyło łącznie 155 umów⁴⁴, w tym 142 umów w rodzaju AOS (w zakresie poradni specjalistycznych), 12 umów w rodzaju PSY (11 umów dotyczyło zakresu – poradnia świadczenia terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu oraz jedna umowa zakresu – świadczenia dzienne psychiatryczne) oraz jednej umowa w rodzaju SOK (w zakresie tlenoterapii domowej).

W pozostałych rodzajach i zakresach świadczeń (dla umów aneksowanych) w 2018 r. nie został przekroczony maksymalny okres ich obowiązywania.

(akta kontroli, str. 194, 353-356)

W 2018 r. w trakcie prowadzonych postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, do czasu zakończenia postępowania zgłoszonych zostało 10 protestów (w tym sześć w rodzaju SPO, dwa w rodzaju OPH i po jednym w rodzaju PSY i REH). Od rozstrzygnięć postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do Dyrektora Oddziału zgłoszono 14 odwołań (cztery w rodzaju REH, po trzy w rodzajach PSY, SPO i AOS oraz jedno w rodzaju LSZ). Tylko w jednym przypadku protest (rodzaj REH) został uznany za zasadny, a pozostałe odwołania zostały oddalone. W 2018 r. do Dyrektora Oddziału wypłynęły również dwa wnioski o ponowne rozpatrzenie odwołania w rodzaju AOS, które zostały rozpatrzone negatywnie.

(akta kontroli, str. 193)

W 2018 r. w Oddziale przeprowadzono tylko jedno postępowanie w trybie rokowań w oparciu o przepis art. 154 ust 7 ustawy o świadczeniach, tj. po uwzględnieniu odwołania oferenta w rodzaju AOS (w zakresie prowadzenia poradni neurologicznej). Świadczeniodawca, który złożył odwołanie został zaproszony do udziału w postępowaniu, ale nie złożył oferty i postępowanie zostało unieważnione. W 2017 r. prowadzono w Oddziale trzy postępowania w trybie art. 161b ustawy o świadczeniach w rodzaju LSZ (w zakresie neurologii dziecięcej, leczenia spastyczności w mózgowym porażeniu dziecięcym oraz leczenie przedwczesnego dojrzewania płciowego u dzieci). W wyniku ww. postępowań zostały zawarte trzy umowy na okres obowiązywania od 1 stycznia 2017 r. do 30 września 2018 r.

(akta kontroli, str. 194)

⁴⁴ Przedłużenie umów w trybie art. 1 56 ust. 1a na rok 2019 dotyczyło 19 umów w rodzaju PRO (wszystkie zakresy).

1.3. Kontraktowanie wybranych świadczeń opieki zdrowotnej

1.3.1. Opieka psychiatryczna i leczenia uzależnień przeznaczonych dla dzieci i młodzieży

Opis stanu faktycznego

Prawidłowość działania Oddziału w zakresie przeprowadzania postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zbadano na podstawie pięciu przeprowadzonych przez Oddział w 2018 r. postępowań w rodzaju PSY, w tym czterech dotyczących świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dzieci i młodzieży (04.1701.001.02)⁴⁵ oraz jednego w zakresie świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży (04.4701.001.02)⁴⁶.

Weryfikacja prawidłowości przeprowadzenia ww. pięciu postępowań (obejmująca m.in.: ogłoszenia o wszczęciu postępowania, powołanie komisji konkursowej, ustalenie zasad podziału środków, wstępną ocenę ofert, przebieg negocjacji, weryfikację ofert, odrzucenie ofert, zakończenie postępowania, ocenę kryteriów wyboru ofert) wykazała, że: a/ oferty ocenione zostały zgodnie z kryteriami oceny ofert; b/ oferty spełniały wymogi i warunki udzielania świadczeń zgodnie z rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oraz zarządzeniami Prezesa NFZ określającymi warunki zawierania i realizacji umów w rodzaju PSY⁴⁷; c/ kontrolę obowiązkową przeprowadzono u jednego oferenta, tj. w podmiocie, który dotychczas nie zawarł umowy z OOW NFZ (w wyniku kontroli przeprowadzonej w miejscu realizacji świadczeń nie stwierdzono niezgodności danych wykazanych w ofercie); d/ sposób postępowania komisji konkursowej, w przypadkach braków stwierdzonych w dokumentacji ofertowej, był jednolity – w przypadkach, gdy oferta zawierała braki formalne, komisja wzywała pisemnie oferenta do ich usunięcia w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty; e/ do wszystkich oferentów uczestniczących w niejawnej części postępowań wysłano zaproszenia do negocjacji (dotyczących ustalenia liczby świadczeń i ich ceny) z określeniem miejsca i terminu ich przeprowadzenia; f/ w dniu ogłoszenia wszystkich objętych badanem postępowań zamieszczono stosowne ogłoszenia na tablicy informacyjnej Oddziału NFZ oraz na stronie internetowej; g/ złożone przez świadczeniodawców oferty, które objęto weryfikacją, zostały sprawdzone przez członków komisji konkursowej (co potwierdzały podpisy i oraz autoryzacje w systemie obsługującym postępowania konkursowe) – weryfikacja ofert dotyczyła m.in.: spełnienia warunków wymaganych, warunków dodatkowo ocenianych (takich jak: jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość oraz cena), kompletności dokumentów dołączonych do oferty oraz obejmowała porównanie danych dostępnych w systemie informatycznym Oddziału; h/ w ramach ww. postępowań nie stwierdzono wniesienia przez oferentów protestu

⁴⁵ Tj. a/ postępowanie nr 08-18-000236/PSY/04/1/04.1700.001.02/01 z 14 czerwca 2018 r. o wartości 99,06 tys. zł zakończone zawarciem umowy na okres od 1 sierpnia 2018 r. do 30 czerwca 2023 r.; b/ postępowanie nr 08-18-000192/PSY/04/1/04.1701.001.02/01 z 23 kwietnia 2018 r. o wartości 37,6 tys. zł zakończone zawarciem umowy na okres od 1 lipca 2018 r. do 30 czerwca 2023 r.; c/ postępowanie nr 08-18-000139/PSY/04/1/04.1700.001.02/01 z 23 kwietnia 2018 r. o wartości 235,82 tys. zł zakończone zawarciem umowy na okres od 1 lipca 2018 r. do 30 czerwca 2023 r. oraz d/ postępowanie nr 08-18-000170/PSY/04/1/04.1700.001.02/01 z 23 kwietnia 2018 r. o wartość 37,6 tys. zł, które zostało unieważnione.

⁴⁶ Postępowanie nr 08-18-000177/PSY/04/1/04.4701.001.02/01 z 23 kwietnia 2018 r. o wartości 640,99 tys. zł zakończone zawarciem umowy na okres od 1 lipca 2018 r. do 31 czerwca 2023 r.

⁴⁷ Tj. m.in. zarządzenia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju PSY nr 56/2016/DSOZ z dnia 28 czerwca 2016 r., zarządzenia zmieniające w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju PSY 70/2016/DSOZ z dnia 30 czerwca 2016 r. nr 59/2017/DSOZ z dnia 26 lipca 2017 r. i zarządzenia w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nr 18/2017/DSOZ z dnia 14 marca 2017 r. oraz zarządzenie zmieniające zarządzenie w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nr 19/2017/DSOZ z dnia 15 marca 2017 r.

lub odwołania od rozstrzygnięcia komisji konkursowej; i/ we wszystkich ofertach złożonych w ramach ww. pięciu postępowań poprawnie oceniono spełnienie przez oferentów warunków zapewnienia jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości i ceny udzielanych świadczeń, w tym poprawność wyliczenia wartości punktowych podanych w złożonych ofertach, a w jednym przypadku – wystąpienie przesłanek do odrzucenia oferty; listy rankingowe zawierały wyliczoną punktację; j/ w dokumentacji postępowań znajdowały się propozycje wyjściowe Oddziału do przeprowadzenia negocjacji (obejmujące liczbę świadczeń, cenę jednostkową oraz łączną kwotę świadczeń, a ich uzasadnienie wynikało z planu zakupu świadczeń); zmiany w zakresie liczby świadczeń i ich ceny po negocjacjach, w stosunku do propozycji zgłoszonych w ofertach objętych badaniem, wynikały m.in. ze zmian ceny jednostkowej w stosunku do ceny jednostkowej wskazanej w ogłoszeniu, zmiany liczby świadczeń oraz możliwości finansowych Oddziału wynikających z planu; k/ nie wystąpiły przypadki obniżenia ceny przez oferentów w celu poprawy swojej pozycji w rankingu; l/ dokumentowanie postępowań pozwalało na odtworzenie ich przebiegu.

W przypadku jednego postępowania⁴⁸ z uwagi na niespełnienie przez oferenta (jedynego), który złożył ofertę w ramach tego postępowania, wymaganych warunków, zostało ono unieważnione.

(akta kontroli, str. 1978-2310)

1.3.2. Opieka kompleksowa KOS – Zawał

Opis stanu faktycznego

Zasady zawierania umów dotyczących opieki kompleksowej KOS – Zawał⁴⁹ określono w zarządzeniu Nr 38/2017/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju LSZ – świadczenia kompleksowe⁵⁰. Na Oddział nałożono zadania związane z zawieraniem umów ze świadczeniodawcami oraz finansowaniem tych świadczeń. Jednostka kontrolowana została zobowiązana do zwarcia umów z wnioskującymi o to świadczeniodawcami oraz do zapewnienia środków finansowych w przypadku wykonania przez świadczeniodawcę świadczeń na kwotę wyższą niż określone w umowie zobowiązanie Oddziału.

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że *w celu zapewnienia dostępu do świadczeń w ramach opieki kompleksowej KOS-Zawał, zamieszczono na stronie internetowej Oddziału informację dla Świadczeniodawców zainteresowanych realizacją świadczeń kompleksowych o obowiązku złożenia przez nich do dnia 31 sierpnia 2017 r. „Oświadczenia w sprawie świadczeń kompleksowych w umowie PSZ”⁵¹. Ponadto na Portalu Świadczeniodawcy zainteresowanemu Świadczeniodawcy, tj. Uniwersyteckiemu Szpitalowi Klinicznemu w Opolu (który był jedynym podmiotem na terenie działalności Oddziału przed dniem wejścia „sieci szpitali”, spełniającym warunki wymagane do realizacji świadczeń opieki kompleksowej KOS-Zawał w ramach umowy PSZ) zamieszczono „Zaproszenie do składania oświadczeń w sprawie świadczeń kompleksowych w umowie PSZ”. Świadczeniodawca*

⁴⁸ Postępowanie nr 08-18-000170/PSY/04/1/04.1700.001.02/01 z dnia 23 kwietnia 2018 r. wartość postępowania 37,6 tys. zł. Postępowanie zostało unieważnione.

⁴⁹ Na ww. opiekę kompleksową składały się różne świadczenia gwarantowane.

⁵⁰ W ww. zarządzeniu określono również warunki do spełnienia, aby świadczenia mogły zostać zaliczone do KOS – Zawał, a świadczeniodawca miał możliwość uzyskania premii za świadczenia udzielone zgodnie z tymi warunkami.

⁵¹ W związku z zarządzeniem Nr 69/2017/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 10 sierpnia 2017 r. w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej oraz *Procedurą postępowania w sprawie objęcia świadczeń opieki kompleksowej umową podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej Nr 01/PSZ/OK/2017* z dnia 25 sierpnia 2017 r. (wersja 1.0).

we wskazanym terminie złożył w tutejszym Oddziale NFZ stosowne „Oświadczenie”. W wyniku przeprowadzenia postępowania w sprawie objęcia świadczeń opieki kompleksowej umową podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, Oddział jako jedyny w Polsce zakontraktował przedmiotowy zakres świadczeń od 1 października 2017 r. Przedmiotowa umowa zawarta została z Uniwersyteckim Szpitalem Klinicznym w Opolu z datą obowiązywania do 30 czerwca 2021 r.

(akta kontroli, str. 15)

Od 1 października 2017 r. świadczenia w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej⁵² udzielane były w ramach umowy zawartej z Uniwersyteckim Szpitalem Klinicznym w Opolu (umowa nr 08R/10066/03/08/PSZ/2017 z 29 września 2017 r.).

Ww. świadczeniodawca realizujący świadczenia w ramach KOS-Zawał udzielał świadczeń w wymaganych zakresach⁵³, obejmujących m.in. a/ diagnostykę, leczenie zachowawcze, inwazyjne i zabiegowe realizowane w ramach hospitalizacji; b/ rehabilitację realizowaną w warunkach: stacjonarnych, oddziału/ośrodka dziennego, domowych; c/ porady w ramach AOS.

Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu posiadał w swoich strukturach m.in. pracownię: radiologii zabiegowej, hemodynamiki oraz elektrofizjologii, które to komórki organizacyjne nie były objęte odrębnym kontraktowaniem przez OOW NFZ. Świadczenia w zakresie rehabilitacji kardiologicznej dla pacjentów Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Opolu realizowane były przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Opieki Zdrowotnej w Głucholazach na podstawie zawartej umowy podwykonawstwa.

(akta kontroli, str. 15, 42-56)

W okresie objętym kontrolą na obszarze województwa opolskiego świadczeń udzielały cztery ośrodki kardiologii interwencyjnej⁵⁴ (w ramach zawartych umów z Oddziałem). Przy uwzględnieniu ich terytorialnego rozmieszczenia oraz w przeliczeniu na populację mieszkańców województwa opolskiego zabezpieczały one potrzeby pacjentów w zakresie dostępności do tych świadczeń.

Dostępność ta została zachowana m.in. poprzez: a/ zapewnienie jednej pracowni hemodynamiki zabiegowej (kardiologia inwazyjna) w proporcji jedna pracownia na co najmniej 300 tys. mieszkańców województwa (przy czym na terenie miasta Opolu znajduje się jedna pracownia hemodynamiki z dwoma stołami hemodynamicznymi); b/ obszary kontraktowania zapewniające dotarcie przez Zespół Ratownictwa Medycznego do pracowni hemodynamicznej lub pracowni radiologii zabiegowej i wdrożenie leczenia inwazyjnego w czasie do 120 minut od rozpoznania zawału⁵⁵.

W województwie opolskim dostęp ubezpieczonych do świadczeń KOS – Zawał na lata 2017-2021 zapewniono w ramach ww. umowy z Uniwersyteckim Szpitalem Klinicznym w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w podmiocie leczniczym umiejscowionym w centrum województwa opolskiego. W związku z powyższym dostęp do ww. świadczeń, biorąc pod uwagę

⁵² Dalej: KOS – Zawał (produkt rozliczeniowy 03.4100.500.02).

⁵³ Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu przystąpił do realizacji tych świadczeń na zasadzie oświadczenia, spełniając warunki organizacyjne (udzielał świadczeń w trzech wymaganych zakresach, spełniając warunki udzielania świadczeń dla każdego z nich).

⁵⁴ Opole – Uniwersytecki Szpital Kliniczny, Kluczbork – Scanmed S.A., Nysa i Kędzierzyn-Koźle – American Heart of Poland S.A.

⁵⁵ Wytyczne ESC/PTK / ESC/PCS NEW GUIDELINES – Kardiologia Polska 2018; 76, 2: 229–313; DOI: 10.5603/KP.2018.0041. Wytyczne postępowania oraz uzgodnienia ekspertów służące podsumowaniu i ocenie wszelkich dostępnych danych dotyczących danego zagadnienia, aby pomóc lekarzom wybrać najlepsze możliwe strategie terapeutyczne u typowych chorych cierpiących na określoną chorobę, uwzględniając nie tylko wynik leczenia, lecz także potencjalne korzyści i ryzyko związane ze stosowaniem poszczególnych procedur diagnostycznych i terapeutycznych.

odległości geograficzne w województwie, był porównywalny dla wszystkich jego mieszkańców.

(akta kontroli, str. 15, 56-59)

W okresie objętym kontrolą w jednym przypadku Oddział odmówił podpisania umowy ze świadczeniodawcą. W listopadzie 2017 r. oraz w grudniu 2018 r. do Oddziału wpłynęły dwa pisma od American Heart of Poland S.A. z prośbą o ogłoszenie postępowania konkursowego w celu zakontraktowania świadczeń KOS-Zawał. Oba pisma wpłynęły do Oddziału po zakończeniu kontraktowania świadczeń odpowiednio na 2018 r. i na 2019 r., o czym jednostka kontrolowana poinformowała świadczeniodawcę. Ww. świadczeniodawca w okresie objętym kontrolą realizował świadczenia z zakresu kardiologii interwencyjnej w ramach dwóch umów zawartych z Oddziałem, które dotyczyły udzielania świadczeń w Nysie i w Kędzierzynie-Koźlu⁵⁶.

(akta kontroli, str. 15, 56-59)

Świadczenia KOS-Zawał rozliczane były w dwóch okresach rozliczeniowych, tj.: I półroczu 2018 r. oraz II półroczu 2018 r.⁵⁷ Na podstawie danych z systemu informatycznego Oddziału w zakresie wartości świadczeń wykazanych w sprawozdaniu przez świadczeniodawcę realizującego umowę KOS-Zawał ustalono, że wartość zrealizowanych przez Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu świadczeń opieki zdrowotnej w ramach produktu kontraktowego KOS-Zawał, zarówno w pierwszym, jak i drugim półroczu 2018 r., była niższa od posiadanego przez ww. szpital planu finansowego w tym zakresie świadczeń⁵⁸.

(akta kontroli, str. 17)

W okresie objętym kontrolą do Oddziału nie wpłynęła żadna skarga pacjentów na funkcjonowanie KOS – Zawał lub na brak dostępności do tych świadczeń.

(akta kontroli, str. 16)

1.3.3. Świadczenia stomatologiczne w „dentobusie” – dostępność do świadczeń.

Opis stanu faktycznego

W 2018 r. Oddział w rodzaju STM zawarł umowy obejmujące świadczenia stomatologiczne udzielane w „dentobusie”⁵⁹, o którym mowa w przepisach ustawy z dnia 15 września 2017 r. o szczególnych rozwiązaniach zapewniających poprawę jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej⁶⁰. W uzasadnieniu do ww. ustawy wskazano, że „dentobus” ma umożliwiać zapewnienie opieki stomatologicznej dzieciom w mniejszych miejscowościach, gdzie nie ma gabinetu stomatologicznego w szkole, ani w najbliższej okolicy. W „dentobusie” powinny być udzielane profilaktyczne świadczenia stomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia (szczegółowy wykaz tych świadczeń określono w załączniku nr 10a do

⁵⁶ W zakresie 03.4100.130.02, tj. kardiologia – hospitalizacja E10, E11, E12G, E15 (kardiologia interwencyjna).

⁵⁷ Świadczenia w ramach produktu KOS – Zawał są świadczeniami nielimitowanymi. Jeżeli wartość wykonanych świadczeń w ramach kompleksowej opieki po zawałe mięśnia sercowego (KOS-zawał) przekroczy kwotę zobowiązania Oddziału Funduszu wobec świadczeniodawcy, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło przekroczenie kwoty zobowiązania – zwiększeniu ulegają liczby jednostek rozliczeniowych oraz odpowiednio kwota zobowiązania Oddziału wobec świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy.

⁵⁸ Z uwagi na dwa okresy rozliczeniowe umowę rozliczono w następujący sposób: styczeń – czerwiec 2018 r. 2 435 810,20 zł (3 460 000 zł umowa pierwotna i 2 440 355 zł – umowa po zmianach), lipiec-grudzień 2018 r. 2 819 037,30 zł (3 460 000 zł umowa pierwotna i 2 960 230 zł – umowa po zmianach).

⁵⁹ Pojazd został zakupiony przez Ministra Zdrowia w 2017 r. Minister przekazał pojazdy wojewodom, a wojewodowie udostępnił je nieodpłatnie świadczeniodawcom wybranym do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia stomatologicznego na podstawie umów zawartych z Oddziałami NFZ.

⁶⁰ Dz. U. z 2017 r. poz. 1774.

rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego⁶¹).

W okresie objętym kontrolą Oddział ogłosił sześć postępowań konkursowych w zakresie świadczeń udzielanych w „dentobusie”. Pierwsze postępowanie w ww. zakresie Oddział ogłosił 20 lutego 2018 r. - zostało ono unieważnione, ponieważ nie wpłynęła żadna oferta. W dniach 12 marca 2018 r. oraz 5 kwietnia 2018 r. ponownie zostały ogłoszone postępowania w ww. przedmiocie, na które wpłynęły kolejno: jedna oferta i dwie oferty. W obu przypadkach oferty zostały odrzucone, z uwagi na niespełnienie wymaganych warunków⁶². Z powodu braku ofert unieważnione zostały również postępowania ogłaszane kolejno 27 kwietnia 2018 r. i 6 czerwca 2018 r.

W ramach ogłoszonego po raz szósty 6 sierpnia 2018 r. postępowania konkursowego zgłosił się jeden oferent, tj. NZOZ PARTNER-DENTAL, z którym Oddział zawarł 1 października umowę nr 08R/81213/07/STM/18/1⁶³ na łączną kwotę 112 620,4 zł (z okresem obowiązywania od 1 października do 31 grudnia 2018 r.), a następnie na kwotę 350 760 zł (z okresem obowiązywania od 1 stycznia do 31 grudnia 2019 r.).

W okresie objętym kontrolą ww. świadczeniodawca udzielał świadczeń w „dentobusie” nieprzerwanie przez cały okres obowiązywania umowy, z wyjątkiem uzasadnionych jednostkowych sytuacji zgłaszanych do Oddziału (związanych z pracami serwisowymi pojazdu „dentobusu”, chorobą lekarza stomatologa, urlopem, niespodziewanym odwołaniem przyjazdu „dentobusu” ze strony szkoły oraz z przerwami świątecznymi i feriami, w terminach w których placówki oświatowe były nieczynne). „Dentobus” był wykorzystywany przez cały okres obowiązywania umowy w 2018 r. Udzielnie świadczeń w „dentobusie” wpłynęło na ich dostępność, szczególnie w miejscach, w których brak było gabinetu stomatologicznego (głównie dla dzieci). Środki przeznaczone na funkcjonowanie „dentobusu” w województwie opolskim nie spowodowały zmniejszenia kosztów świadczeń udzielanych w gabinetach stomatologicznych.

(akta kontroli, str. 20, 66-176)

W okresie objętym kontrolą w zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia udzielanych w gabinetach stomatologicznych, obszary kontraktowania ustalono na poziomie gminy⁶⁴. We wszystkich gminach województwa opolskiego⁶⁵ Oddział posiadał zawarte umowy ze świadczeniodawcami (liczba gabinetów stomatologicznych wynosiła od jednego do pięciu i każdy z tych gabinetów posiadał umowę z Oddziałem w zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych). Ponadto na terenie województwa opolskiego w ramach umów zawartych z Oddziałem w 2018 r. funkcjonowały gabinety stomatologiczne, dla których miejscem udzielania świadczeń był budynek szkoły (m.in. w Opolu, Brzegu, Nysie i Namysłowie).

W zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych udzielanych w „dentobusie” – obszar kontraktowania ustalono na poziomie województwa (z uwagi na to, że województwo opolskie otrzymało tylko jeden taki pojazd).

⁶¹ Dz. U. z 2017 r. poz. 193, ze zm. W ww. ustawie i rozporządzeniu nie wskazano metod ani kryteriów dla ustalenia lokalizacji miejsca udzielania świadczeń w „dentobusach”, nie określono też schematu zapewniającego realizację głównego celu regulacji, tj. udzielania świadczeń w miejscowościach o ograniczonym dostępie.

⁶² Odrzucenie ofert nastąpiło w związku z brakiem wymaganego personelu medycznego. Oferenci nie wnieśli odwołań.

⁶³ Przekazanie „dentobusu” świadczeniodawcy przez Wojewodę Opolskiego nastąpiło na podstawie umowy z dnia 20 września 2018 r. nr OUW.I.101.2018 z dnia 20 września 2018 r.

⁶⁴ W planie zakupu świadczeń dla zakresów: leczenie ogólnostomatologiczne i leczenie ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia, ustalono 69 obszarów zabezpieczenia świadczeń na poziomie gminy.

⁶⁵ Tylko w dwóch gminach: Pakosławice oraz Radłów (z uwagi na wieloletni brak potencjału wykonawczego) nie było gabinetu stomatologicznego.

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że (...) *Głównym celem Opolskiego OW NFZ jest zapewnienie opieki stomatologicznej dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia przede wszystkim w tych miejscowościach, w których nie ma gabinetu stomatologicznego w szkole, co stanowi główne kryterium wyboru miejsca udzielania świadczeń przez dentobus. Szkoły i przedszkola są miejscem, które skupiają dzieci z różnych ościennych miejscowości, gdzie nie zawsze jest dostęp do stomatologa. Dentobus od października 2018 r. do chwili obecnej odwiedził 35 szkół i przedszkoli w województwie opolskim.*

Analiza⁶⁶ realizacji świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia wykazała, że w okresie działania „dentobusu” liczba dzieci korzystających ze świadczeń, w stosunku do okresu poprzedniego, wzrosła o 3,2% (z 133 262 świadczeń udzielonych 19 446 dzieciom do 135 046 świadczeń udzielonych 20 079 dzieciom).

Dyrektor wyjaśnił, że *Wprowadzenie świadczeń udzielanych w dentobusie poprawiło dostępność do świadczeń dla dzieci zwłaszcza z małych miejscowości, gdzie nie ma gabinetu stomatologicznego. Dentobus od października 2018 r. odwiedził 29 miejscowości, gdzie tylko w 8 z nich funkcjonowały gabinety stomatologiczne posiadające umowę z OOW NFZ. Ponadto dentobus w województwie opolskim współpracuje z placówkami oświatowymi, stacjonując pod szkołami i przedszkolami, co nie koliduje z udzielaniem świadczeń w gabinetach stacjonarnych, ponieważ szkoły skupiają dzieci z różnych ościennych miejscowości, gdzie nie zawsze jest dostęp do gabinetu stomatologicznego.* Porównanie miejsc realizacji świadczeń w „dentobusie”, tj.: harmonogramów jego postoju z rozmieszczeniem gabinetów ogólnostomatologicznych w województwie (w tym gabinetów dla dzieci i młodzieży) wykazało, że pojazd ten stacjonował głównie przy placówkach oświatowych (szkołach, przedszkolach), w których nie było gabinetów stomatologicznych. Powyższe wynikało z przejętej przez Oddział metodologii ustalania miejsc udzielania tych świadczeń, tj. w miejscu braku gabinetów (wieś) lub ich ograniczonej liczby. Miesięczny harmonogram postoju „dentobusu” był przekazywany do akceptacji Oddziału. Harmonogramy udostępnianie były na stronie internetowej Oddziału oraz stronie internetowej (portal społecznościowy) NZOZ-u (świadczeniodawca na stronie internetowej zapowiadał swój przyjazd wskazując miejsce i godzinę przyjazdu, a w trakcie udzielania wizyt przysyłał zdjęcia z tego miejsca). W okresie objętym kontrolą dwa razy w regionalnej prasie (Nowa Trybuna Opolska) pojawiały się artykuły związane z promocją ww. świadczeń.

(akta kontroli, str. 18-20, 66-176)

Koszty świadczeń udzielanych w „dentobusie” w 2018 r. wyniosły 90,84 tys. zł i nie spowodowały obniżenia kosztów świadczeń udzielanych w oparciu o dotychczasowe umowy w rodzaju STM. Kwoty świadczeń niewykonanych w rodzaju STM wynosiły: 912,1 tys. zł w 2017 r. i 108,56 tys. zł w 2018 r. Koszt świadczenia udzielonego w „dentobusie” do udzielonego w tradycyjnym gabinecie był taki sam i wynosił 1,10 zł za punkt rozliczeniowy (średnia cena za punkt rozliczeniowy w rodzaju STM w Oddziale).

(akta kontroli, str. 18-20)

Zastępca Dyrektora ds. medycznych wyjaśniła, że *Niewykonanie kontraktu w stosunku do wartości planu za rok 2017 i 2018 wynikało ze zgłoszonych przerw w udzielaniu świadczeń, oraz nieobecności lekarzy spowodowanych długotrwałymi chorobami oraz urlopami macierzyńskimi. Ponadto w 2017 r. umowy w rodzaju STM kończyły się 30 czerwca 2017 r., a od 1 lipca 2017 r. obowiązywały nowe kontrakty.*

⁶⁶ Do porównania przyjęto liczbę udzielonych świadczeń oraz liczbę pacjentów w okresie październik 2017 r. - luty 2018 r. z danymi za okres październik 2018 r. - luty 2019 r. (tj. w okresie obowiązywania umowy dotyczącej świadczeń udzielanych w „dentobusie”).

Wobec powyższego plan rzeczowo-finansowy obejmował dwa półroczne okresy rozliczeniowe, co spowodowało, że część świadczeniodawców nie zdążyła zrealizować świadczeń zgodnie z planem.

(akta kontroli, str. 41)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działania Oddziału w badanym obszarze.

OBSZAR

2. Wykonanie planu finansowego Oddziału

2.1. Przygotowanie planu finansowego – koszty Oddziału, w tym planowanie kosztów świadczeń zdrowotnych

Opis stanu
faktycznego

W okresie objętym kontrolą sposób prowadzenia gospodarki finansowej NFZ regulowały przepisy art. 113–131b ustawy o świadczeniach oraz rozporządzenia w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia. Podstawą prowadzenia gospodarki finansowej był roczny plan finansowy, zrównoważony w zakresie przychodów i kosztów (co wynikało z art. 118 ww. ustawy). Podział środków finansowych pomiędzy Centralę NFZ i oddziały wojewódzkie NFZ następował według kryteriów określonych w art. 118 ust. 3 ustawy o świadczeniach, tj. z uwzględnieniem liczby ubezpieczonych zarejestrowanych w Oddziale, wydzielonych, według wieku i płci, grup ubezpieczonych oraz wydzielonej grupy świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych; ryzyka zdrowotnego odpowiadającego danej grupie ubezpieczonych, w zakresie danej grupy świadczeń opieki zdrowotnej, w porównaniu z grupą odniesienia. Zasady podziału środków szczegółowo określono w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2009 r. w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych⁶⁷. Dyrektor Oddziału decydował o prowadzonej polityce finansowej Oddziału, a także miał udział w prowadzeniu polityki zdrowotnej na terenie województwa, co wynikało z postanowień art. 107 ustawy o świadczeniach.

Przeprowadzenie procesu planowania w 2018 r. pozwoliło na zapewnienie realizacji zadań w ramach przewidzianych dla Oddziału środków. Przygotowanie planu finansowego Oddziału na 2018 r. odbyło się zgodnie z przyjętymi w NFZ procedurami. Prezes NFZ 25 września 2017 r., w związku z art. 122 ustawy o świadczeniach, przekazał plan finansowy Oddziału na 2018 r.⁶⁸, stanowiący podstawę przygotowania postępowań w sprawie zawarcia umów w poszczególnych rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej na 2018 r.

Plan finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przez Oddział na rok 2018⁶⁹ (zarówno pierwotny jak i po zmianach dokonanych w trakcie roku) przewyższał planowaną wysokość finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w roku

⁶⁷ Dz. U. Nr 193, poz. 1495.

⁶⁸ Plan finansowy Oddziału w 2018 r. wynosił 2 029 034 tys. zł, jego wykonanie wyniosło 2 013 849,48 tys. zł (99,25% planu po zmianach). Dla porównania plan finansowy w 2017 r. wynosił 1 950 025 tys. zł, a jego wykonanie w 2017 r. wyniosło 1 915 840,43 tys. zł.

⁶⁹ 1 862 066 tys. zł – plan pierwotny, 1 950 694 tys. zł – plan po zmianach wg stanu na 31 grudnia 2018 r. Wykonanie planu w 2018 r. wyniosło 1 938 144,20 tys. zł (99,36% planu po zmianach).

poprzednim⁷⁰, co zapewniało spełnienie wymogów wynikających z art. 118 ust. 4 ustawy o świadczeniach.

(akta kontroli, str. 407-529, 536)

Analiza dokumentów sporządzanych na etapie procesu przygotowania planu oraz informacji o wykonaniu planu finansowego Oddziału w odniesieniu do planu pierwotnego oraz planu po zmianach wykazała, że w jednostce kontrolowanej rzetelnie planowano koszty świadczeń zdrowotnych. Na podstawie realizacji planu kosztów świadczeń zdrowotnych i materiałów planistycznych ustalono, że w 11 rodzajach świadczeń stwierdzono przypadki wykonania planu finansowego wynoszące od 97,46% do 99,88%, tj.:

- w rodzaju LSZ, w tym programy terapeutyczne – lekowe, leki i środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego (...) chemioterapia + leki stosowane w chemioterapii plan finansowy (wynoszący 1 007 085 tys. zł) zrealizowano na poziomie 99,71% (tj. w kwocie 1 004 165,33 tys. zł) a różnica (wynosząca 2 919,67 tys. zł) była wynikiem niewykonania świadczeń m.in. w zakresach: położnictwo i ginekologia – hospitalizacja N01, N02, N03, N20 oraz neonatologia N20, N21, N22, N23, N24, N25, N26 kompleksowa opieka po zawale mięśnia sercowego (KOS-ZAWAŁ) oraz produkt skojarzony – pakiet onkologiczny.

Dyrektor wyjaśnił, iż *niewykonanie ww. świadczeń wynikało m.in. z charakteru tych świadczeń (m.in. z nielimitowanego rozliczania świadczeń, wprowadzenia nowego produktu w przypadku KOZ-Zawał) oraz z trudności oszacowania poziomu ich realizacji, jednocześnie Fundusz był zobowiązany do zabezpieczenia finansowania tych świadczeń.*

Ponadto w ww. rodzaju świadczeń w zakresach okulistyki/hospitalizacji B18 i B19, ortopedii i traumatologii narządu ruchu/hospitalizacji – świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego (odrębnie kontraktowanych w ramach PSZ) niewykonanie zaplanowanych świadczeń związane było ze zmianą planu w IV kwartale 2018 r. w związku z dofinansowaniem ww. zakresów świadczeń (tzw. dodatkowe środki) w celu zwiększenia dostępności do tych świadczeń. W zakresie okulistyki/hospitalizacja B18 i B19/zespół chirurgii jednego dnia B18 i B19 zwiększenie środków finansowych wyniosło 566 268,02 zł⁷¹, a w zakresie ortopedia i traumatologia narządu ruchu/hospitalizacja – świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego środki finansowe zwiększono o kwotę 8 964 072,12 zł⁷².

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, iż wykonanie ww. świadczeń uzależnione było od zgłaszalności pacjentów na leczenie w poszczególnych zakresach świadczeń. I tak:

- W rodzaju POZ plan finansowy (wynoszący 266 246 tys. zł) zrealizowano na poziomie 99,78% (tj. w kwocie 265 647,02 tys. z) a różnica (wynosząca 598,98 tys. zł) była wynikiem comiesięcznej weryfikacji świadczeń – świadczeniodawcy za każdy okres rozliczeniowy (miesiąc) przekazywali do weryfikacji tzw. listy aktywne (liczbę przyjętych pacjentów), na podstawie których naliczana była wysokość należnej stawki kapitacyjnej (kapitacja + współczynnik grupy wiekowej) a liczba prawidłowo zweryfikowanych i zaliczonych deklaracji do rozliczenia zależała od wielkości populacji zadeklarowanej do danego świadczeniodawcy i jej struktury demograficznej oraz od potwierdzonego przez świadczeniobiorcę prawa do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej (złożenie

⁷⁰ 1 769 973 tys. zł plan pierwotny, 1 869 188 tys. zł plan po zmianach wg stanu na 31 grudnia 2017 r. Wykonanie planu w 2017 r. wyniosło 1 842 795,67 tys. zł.

⁷¹ Kwota pierwotna ogółem wynikająca z zawartych z Oddziałem pięciu umów wynosiła – 14 684 166 zł, a po zwiększeniu planu 15 250 434,02 zł.

⁷² Kwota pierwotna ogółem wynikająca z zawartych z Oddziałem dziewięciu umów wynosiła – 25 574 303,64 zł, a po zwiększeniu planu 34 538 375,76 zł.

oświadczenia); wpływ na wykonanie ww. świadczeń miała również liczba świadczeń udzielonych pacjentom spoza ww. list aktywnych oraz pacjentom uprawnionym do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji;

- W rodzaju AOS plan finansowy (wynoszący 100 850 tys. zł) zrealizowano na poziomie 97,46% (tj. w kwocie 98 283,66 tys. zł) a różnica (wynosząca 2 566,34 tys. zł) dotyczyła m.in.: a/ niewykonania świadczeń w zakresie skojarzonym – pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego (zakres skojarzony z 02.1450.001.02.) co było związane z mniejszą liczbą pobrań materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego, co wynikało z mniejszej zgłaszalności kobiet na ww. badania; b/ niewykonania świadczeń w zakresie diagnostyki onkologicznej w poradniach specjalistycznych – wydawanie Kart Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego możliwe było dopiero po wykonaniu specjalistycznych badań (w tym badania histopatologicznego, mającego na celu rozpoznanie nowotworu złośliwego), a ponieważ badania te wykonywane są w ramach produktu podstawowego (a nie zakresu skojarzonego – diagnostyka onkologiczna) skutkowało to niewykonywaniem tych świadczeń w zakresie diagnostyki onkologicznej; c/ niewykonania porad pierwszorazowych – z uwagi na małą zgłaszalność pacjentów pierwszorazowych (większość pacjentów kontynuowała leczenie specjalistyczne, stąd występowały przypadki niewykonania umów w zakresie skojarzonym).

Dyrektor wyjaśnił, że niewykonanie kontraktu w niektórych zakresach w poradniach specjalistycznych wynikało również z sezonowości zachorowań lub charakteru udzielanych świadczeń (np. w poradniach alergologicznych czy w poradniach sportowych). W zakresach związanych z wykonaniem zakresów zabiegowych w poradniach specjalistycznych – zakres skojarzony – wykonanie umów wynikało z rzeczywistych potrzeb pacjentów, co stwarzało trudność w przewidzeniu poziomu ich finansowania;

- W rodzaju PRO finansowane ze środków własnych Oddziału – plan finansowy (wynoszący 3 969 tys. zł) zrealizowano na poziomie 99% (tj. w kwocie 3 929,23 tys. zł), a różnica (wynosząca 39,77 tys. zł) wynikała – jak wskazał w wyjaśnieniach Dyrektor – ze zgłaszalności się pacjentek, na niewykonanie programu wpływ miała również ograniczona liczba pacjentek, które zgłosiły się do kolejnego etapu mającego na celu przeprowadzenie dalszej diagnostyki;

- W rodzaju PSY plan finansowy (wynoszący 73 474 tys. zł) zrealizowano na poziomie 99,53% (tj. w kwocie 73 128,81 tys. zł), a różnica (wynosząca 345,19 tys. zł) – jak wskazał w wyjaśnieniach Dyrektor – wynikała m.in. z: rezygnacji pacjentów z leczenia w ramach grup terapeutycznych (tzn. pacjenci nie zgłaszali się na umówione terminy) i rozpoczęcia realizacji nowych umów (od lipca 2018 r.) w których na początku, ich realizacji występowały niewykonania;

- W rodzaju REH plan finansowy (wynoszący 58 249 tys. zł) zrealizowano na poziomie 99,77% (tj. w kwocie 58 115,51 tys. zł), a różnica (wynosząca 133,49 tys. zł) wynikała – zgodnie z wyjaśnieniami Dyrektora – z niewykonania założeń planu finansowego w zakresach: a/ lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna, co związane było z mniejszą niż planowano liczbą skierowań do poradni rehabilitacyjnej, b/ rehabilitacja kardiologiczna i kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w ośrodku/oddziale dziennym, co związane było z rozpoczęciem realizacji świadczeń dopiero od 1 lipca 2017 r.; Dyrektor wskazał też, że udzielanie świadczeń w zakresach skojarzonych dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności nastąpiło od 1 lipca 2018 r. (w związku z wejściem w życie ustawy z dnia 9 maja 2018 r. o szczególnych rozwiązaniach wspierających

osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności⁷³), a realizacja tych świadczeń odbywała się według rzeczywistego zapotrzebowania;

- W rodzaju STM plan finansowy (wynoszący 42 093 tys. zł) zrealizowano na poziomie 99,61% (tj. w kwocie 41 929,82 tys. zł), a różnica (wynosząca 163,18 tys. zł), jak wskazał w wyjaśnieniach Dyrektor, wynikała m.in. ze zgłoszonych przerw w udzielaniu świadczeń związanych z nieobecnością lekarzy (długotrwałe choroby oraz urlopy macierzyńskie);

- W rodzaju SOK plan finansowy (wynoszący 53 803 tys. zł) zrealizowano na poziomie 97,64% (tj. w kwocie 52 532,74 tys. zł), a różnica (wynosząca 1 270,26 tys. zł) wynikała, zgodnie z wyjaśnieniami Dyrektora, z niewykonania umów m.in. w zakresach: hemodializoterapii (powyższe dotyczyło realizacji jednej umowy i spowodowane było tym, że świadczeniodawca miał cztery miejsca udzielania świadczeń w tym zakresie i pacjenci w zależności od potrzeby wynikającej z miejsca zamieszkania mieli prawo wyboru podmiotu realizującego te świadczenia) oraz w zakresie żywienia dojelitowego w warunkach domowych (niewykonanie w tym przypadku spowodowane było tym, że świadczeniodawca dopiero w 2018 r. rozpoczął realizację umowy w tym zakresie świadczeń);

- W rodzaju SPO plan finansowy (wynoszący 60 213 tys. zł) zrealizowano na poziomie 99,10% (tj. w kwocie 59 627,77 tys. zł), a różnica (wynosząca 540,23 tys. zł) wynikała z niewykonania świadczeń w trzech zakresach: pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej (niewykonanie spowodowane było mniejszym zapotrzebowaniem na te świadczenia), świadczeń w Zakładach Opiekuńczo-Lecznicznych dla dorosłych i dzieci oraz w Zakładach Opiekuńczo-Lecznicznych dla dorosłych i dzieci wentylowanych mechanicznie (niewykonanie wynikało z mniejszego rzeczywistego zapotrzebowania);

- W rodzaju OPH plan finansowy (wynoszący 22 184 tys. zł) zrealizowano na poziomie 99,46% (tj. w kwocie 22 064,26 tys. zł), a różnica (wynosząca 119,74 tys. zł) wynikała – zgodnie z wyjaśnieniami Dyrektora – z niewykonania świadczeń w trzech zakresach: w poradni medycyny paliatywnej, hospicjum domowym oraz hospicjum stacjonarnym (niewykonanie wynikało z mniejszego rzeczywistego zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne);

- Zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne plan finansowy (w wysokości 29 100 tys. zł) zrealizowano na poziomie 98,33% (tj. w kwocie 28 613,19 tys. zł), a różnica (wynosząca 486,81 tys. zł) jak wyjaśnił Dyrektor Oddziału wynikała, z (...) faktu, iż zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne ważne są bezterminowo. W związku z tym świadczeniobiorca może zrealizować zlecenie w dowolnym czasie. Wiąże się to z koniecznością zapewnienia środków finansowych pozwalających na zaopatrzenie wszystkich świadczeniobiorców, gdyż nie ma już możliwości wprowadzania systemu kolejkowego. Jednocześnie konieczne jest zwrócenie uwagi na fakt, iż świadczeniodawcy w przedmiotowym rodzaju świadczeń mają możliwość wprowadzania faktur rozliczeniowych zgodnie z art. 118 Kc do 3 lat od zaopatrzenia świadczeniobiorcy w dany wyrób medyczny. W związku z powyższym oraz z faktem, iż zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne są ważne bezterminowo nie ma możliwości dokładnego oszacowania koniecznych środków do zapewnienia realizacji rzeczowych świadczeń.

(akta kontroli, str. 406-407)

Naczelnik Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej wyjaśniła, że koszty świadczeń opieki zdrowotnej to koszty, które OOW NFZ ponosi na leczenie ubezpieczonych w OOW NFZ niezależnie od miejsca realizacji świadczeń, tj. poniesionych na obszarze województwa opolskiego i poza województwem opolskim w ramach

⁷³ Dz. U. poz. 932.

tw. migracji ubezpieczonych. Natomiast umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarte przez OOW NFZ uwzględniają koszty świadczeń udzielanych na rzecz ubezpieczonych w OOW NFZ oraz na rzecz pacjentów z innych Oddziałów wojewódzkich NFZ. W ramach zawartych umów nie ma odrębnego kontraktu na świadczenia dla pacjentów OOW NFZ i pacjentów z innych Oddziałów NFZ. Wobec powyższego nie ma możliwości wskazania liczby niewykonanych świadczeń w ramach poniesionych kosztów na rzecz ubezpieczonych w OOW NFZ.

(akta kontroli, str. 528)

Dyrektor Oddziału wyjaśnił: że (...) Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej, po każdym miesiącu dokonuje szczegółowej analizy niewykonania planu finansowego narastająco po każdym miesiącu w poszczególnych rodzajach świadczeń. Wartość wszystkich wykonanych i rozliczonych świadczeń za rok 2018 w poszczególnych rodzajach świadczeń, nie może przekroczyć wartości przewidzianej na ich finansowanie w planie finansowym Opolskiego OW NFZ na rok 2018. Po zakończeniu okresu styczeń-grudzień 2018 r. dokonano podsumowania analizy realizacji kontraktów w poszczególnych zakresach u świadczeniodawców w odniesieniu do planu zawartych umów w roku 2018.

(akta kontroli, str. 406)

2.2. Wykonanie kosztów Oddziału, w tym wykonanie kosztów świadczeń zdrowotnych

Opis stanu faktycznego

W okresie objętym kontrolą Oddział ponosił następujące koszty: a/ koszty świadczeń opieki zdrowotnej, b/ koszty świadczeń opieki zdrowotnej dla osób uprawnionych do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji, c/ koszty refundacji określone przepisami o refundacji, d/ koszty zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy o świadczeniach⁷⁴, e/ koszty finansowania informatyzacji świadczeń opieki zdrowotnej oraz szkoleń w tym zakresie, f/ koszty zadań zleconych w zakresie określonym w ustawie o świadczeniach, g/ koszty działalności Oddziału (w szczególności koszty amortyzacji, koszty związane z utrzymaniem nieruchomości, koszty wynagrodzeń wraz z pochodnymi, diet i zwroty kosztów podróży, koszty poboru i ewidencji składek na ubezpieczenie zdrowotne), h/ koszty wypłaty odszkodowań, i/ inne koszty wynikające z odrębnych przepisów⁷⁵.

Porównanie kosztów poniesionych przez Oddział w 2018 r. do wykonanych kosztów w 2017 r. wykazało, że wykonanie kosztów ogółem w 2018 r. (w kwocie 2 013 849,48 tys. zł) było wyższe od kosztów wykonanych w 2017 r. (w kwocie 1 915 840,43 tys. zł) o 5%.

Plan kosztów ogółem w 2018 r. (wynoszący po zmianach 2 029 034 tys. zł) wykonano na poziomie 99,25%⁷⁶. I tak:

⁷⁴ Tj. a/ finansowania świadczeń gwarantowanych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach w zakresie określonym w art. 15 ust. 2 pkt 12 tej ustawy; b/ finansowania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni spełniającym kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1508, ze zm.), co do których nie stwierdzono okoliczności, o której mowa w art. 12 tej ustawy; c/ finansowania świadczeń opieki zdrowotnej określonych w art. 42j ustawy o świadczeniach.

⁷⁵ Katalog kosztów wymieniony w art. 117 ust. 1 ustawy o świadczeniach w 2018 r. uległ zmianie na podstawie art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 13 września 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 1925) dodane zostały koszty wynikające z finansowania informatyzacji świadczeń opieki zdrowotnej oraz szkoleń w tym zakresie.

⁷⁶ W 2018 r. Oddział nie planował i nie realizował kosztów poboru i ewidencjonowania składek. W 2017 r. Oddział nie planował i nie realizował kosztów programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie.

- koszty świadczeń zdrowotnych zrealizowano na poziomie 99,36% (plan – 1 950 694 tys. zł; wykonanie – 1 938 144,20 tys. zł);
- koszty programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie zrealizowano na poziomie 77,73% (plan – 350 tys. zł; wykonanie – 272,07 tys. zł);
- koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego zrealizowano na poziomie 99,46% (plan – 57 877 tys. zł; wykonanie – 57 565,53 tys. zł);
- koszty administracyjne zrealizowano na poziomie 97,32% (plan – 17 030 tys. zł; wykonanie – 16 573 tys. zł);
- koszty pozostałe (m.in. korekty z tytułu poprzednich lat obrotowych) zrealizowano na poziomie 43,30% (plan – 2 889 tys. zł; wykonanie – 1 250,98 tys. zł);
- koszty finansowe (m.in. utworzone rezerwy na odsetki, odsetki z prawomocnych wyroków sądowych) zrealizowano na poziomie 22,45% (plan – 194 tys. zł; wykonanie – 43,30 tys. zł)⁷⁷.

W 2018 r. nie wystąpiła sytuacja przekroczenia planu finansowego⁷⁸ (w tym również w odniesieniu do planu świadczeń zdrowotnych⁷⁹).

(akta kontroli, str. 536)

Zastępca Dyrektora ds. medycznych Oddziału, w sprawie mniejszej realizacji kosztów programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie wyjaśniła, że (...) *Jest to program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce w latach 2016-2020, w zakresie interwencji pn. „Kompleksowa diagnostyka niepłodności finansowana ze środków budżetu państwa”. Realizatorzy programu zostali wyłonieni (...) w drodze postępowania konkursowego prowadzonego przez Ministerstwo Zdrowia. Na obszarze województwa opolskiego świadczenia w ramach programu realizuje jeden świadczeniodawca. Środki finansowe na realizację tego programu pochodzą z budżetu państwa w części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia. Zapotrzebowanie na środki finansowe do realizacji programu składa świadczeniodawca w oparciu o przewidywane wykonanie. Decyzja o wysokości przyznanych środków podejmowana jest w przez Ministerstwo Zdrowia. Natomiast poziom realizacji uzależniony jest od liczby par które zgłosiły się do programu i liczby par, które zostały do programu zakwalifikowane, tj. zgodnie z zasadami określonymi w umowie. Liczba par, które zgłosiły się do programu w 2018 r. – 216, liczba par zakwalifikowanych – 216.*

W sprawie realizacji kosztów pozostałych i kosztów finansowych Zastępca Dyrektora ds. medycznych Oddziału wyjaśniła, że *Szacowanie kosztów (w pozycji F pozostałe koszty i H koszty finansowe na lata 2018-2020) planu finansowego Oddziału Funduszu odbywało się na podstawie wytycznych z Centrali NFZ otrzymanych pismem znak: DEF.310.2.2017 2017.18999.MMA z 12 kwietnia 2017 r. oraz na podstawie otrzymanych z Zespołu Radców Prawnych informacji dot. prognozowanych wartości poz. F i H. Oszacowania niezbędnych w ww. zakresie potrzeb należało dokonać z uwzględnieniem regulacji zawartych w „Zasadach tworzenia rezerw oraz biernych rozliczeń międzyokresowych w NFZ”, stanowiących załącznik do zarządzenia nr 33/2016/BK Prezesa NFZ z dnia 29 kwietnia 2016 r. Prognozując pozycję F, a w szczególności poz. F2 oraz pozycję H tutaj. Oddział brał pod uwagę toczące się sprawy sądowe, które mogły spowodować w roku 2018 konieczność utworzenia rezerw na poczet niekorzystnych wyroków sądowych. Prognozowane wartości na lata 2018-2020 zostały przekazane do Centrali NFZ pismem znak: WEF-EF.310.1.2017 OOW.2.DD z 12 maja 2017 r. Centrala NFZ mając na uwadze stanowisko NIK wskazujące na konieczność precyzyjniejszego szacowania tej pozycji kosztów w związku z niskim stopniem ich realizacji w latach*

⁷⁷ W 2017 r. koszty finansowe wykonane zostały w kwocie 1 067,34 tys. zł, tj. były większe od kosztów zaplanowanych (194 tys. zł) i wykonanych w 2018 r. (43,55 tys. zł).

⁷⁸ Plan ogółem w 2018 r. – 2 029 034 tys. zł, wykonanie 2 013 849,48 tys. zł.

⁷⁹ Koszt świadczeń zdrowotnych plan 1 950 694 tys. zł, wykonanie 1 938 144,20 tys. zł.

poprzednich, ustalała koszty, co do zasady na poziomie środków określonych na ten cel w planie finansowym oddziału na 2017 r. chyba, że wartość zgłaszanych potrzeb była mniejsza. W takim przypadku wartość środków ustalono na poziomie potrzeb zgłoszonych przez oddział. W założeniach do prognozy kosztów na lata 2018-2020 i projektu planu finansowego na 2018 r. Centrala NFZ sama określiła poziom planowanych na rok 2018 kosztów poz. F2 – rezerwa na zobowiązania wynikających z postępowań sądowych oraz poz. H – koszty finansowe. W trakcie roku 2018 r. Centrala NFZ dwukrotnie prosiła o informację dot. prognozowanego wykonania, m.in. poz. F i H., a następnie dokonywała zmiany planu finansowego na 2018 r. tych pozycji. Dodatkowo pismem z 30 października 2018 r. znak: DEF.311.107.2018 2018.58878.ESZ oraz pismem z 6 listopada 2018 r. znak: DEF.311.109.2018 2018.59973.ESZ została dokonana zamiana pozycji F, w tym: F4 – inne koszty (+ 1 328,00 tys. zł + 23,00 tys. zł) z przeznaczeniem na dofinansowanie zakupu sprzętu informatycznego, oprogramowania i niezbędnych szkoleń świadczeniodawców POZ wystawiających zaświadczenia lekarskie.

(akta kontroli, str. 596, 2311-2338)

Dodatkowo Zastępca Dyrektora Oddziału ds. medycznych w sprawie kosztów finansowych w 2018 r. wyjaśniła, że przy planowaniu rezerw na koszty prowadzonych postępowań sądowych Zespół Radców Prawnych z ostrożności przyjmuje maksymalną przegraną z uwagi na charakter prowadzonych spraw. W większości sprawy dotyczą pozwów świadczeniodawców wnoszonych przeciwko NFZ o tzw. świadczenia ponadlimitowe, tj. udzielone ponad limit określony w umowie lub o świadczenia wykonane w ramach przymusu ustawowego (stany nagłe) bez zawartej z Funduszem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Orzecznictwo sądowe, ukształtowane na przestrzeni lat, ostatnio zmieniające się, jest niejednolite często nieprzewidywalne, z tym że w ostatnich latach zaznacza się tendencja do niekorzystnych dla publicznego płatnika, jakim jest NFZ, rozstrzygnięć sądowych. Ponadto, co jest okolicznością powszechnie znaną, procesy są długotrwałe, ciągnące się latami. W sprawy w większości zaangażowani są biegli sądowi, co powoduje dodatkowe koszty. Inne sprawy cywilne np. roszczenia świadczeniodawców z tytułu niesłusznego, ich zdaniem, wymierzonej kary umownej w trakcie wykonywania umów również często kończą się zmniejszeniem przez Sąd kary zastosowanej przez Fundusz, tj. wyrokiem niekorzystnym dla Funduszu. Stąd planowane koszty w celu utworzenia rezerw muszą uwzględniać nieprzewidywalny okres trwania sporu i możliwość generowania wysokich kosztów sądowych, tj. opłaty sądowej, kosztów zastępstwa procesowego, kosztów za opinie biegłych w przypadku przegranej lub choćby częściowej przegranej. W roku 2017 Oddział prowadził m.in. 6 spraw o świadczenia ponadlimitowe z powództwa jednego tylko świadczeniodawcy, tj. American Heart of Poland S.A z siedzibą w Ustroniu na kwotę roszczenia głównego ok. 37 mln zł. Plus odsetki i koszty. Zgodnie z ustawą z dnia 6 grudnia 2017 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach służących realizacji ustawy budżetowej na rok 2017 na podstawie dodanego do ustawy tą nowelizacją art. 15a – NFZ otrzymał dotację budżetową na sfinansowanie roszczeń związanych z realizacją świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczeń ponadlimitowych. W związku z powyższym Oddział zawarł ugody pozasądowe i po ich realizacji, powód wycofał powództwa w tych sprawach, co spowodowało umorzenie postępowań sądowych i umożliwiło zaplanowanie mniejszych kosztów na rok 2018.

(akta kontroli, str. 596, 2311-2338)

Na podstawie danych dotyczących poniesionych kosztów przez Oddział stwierdzono, że kwota tzw. kosztów dodatkowych, związanych z wynagrodzeniami pielęgniarek i położnych w 2018 r.⁸⁰ wyniosła 82 775 115,33 zł przy czym udział ww. kosztów w poszczególnych rodzajach świadczeń przedstawiał się następująco: a/ w rodzaju POZ – 22 400 zł, b/ w rodzaju AOS – 3 285 540,61 zł, c/ w rodzaju LSZ – 58 633 435,82 zł, d/ w rodzaju PSY – 4 701 936,35 zł, e/ w rodzaju REH – 384 733,49 zł, f/ w rodzaju STM – 43 049,37 zł, g/ w rodzaju PRO – 94 614,46 zł, h/ w rodzaju SOK – 1 672 253,15 zł, i/ w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne – 11 689,88 zł, j/ w rodzaju SPO – 11 139 346,51 zł, k/ w rodzaju OPH – 1 719 861,62 zł, l/ w rodzaju ratownictwo medyczne – 1 066 074,07 zł.

(akta kontroli, str. 404)

Dyrektor Oddziału w sprawie wpływu ww. wydatków na koszty świadczeń opieki zdrowotnej wyjaśnił, że (...) *Przekazanie środków jest mechanizmem mającym na celu zapewnienie pielęgniarkom i położnym, wzrostu wynagrodzenia zasadniczego w wysokości określonej w rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Wysokość przekazanych środków odbyła się w oparciu o sprawozdane przez świadczeniodawców dane dotyczące liczby pielęgniarek i położnych wykonujących zawód oraz formy w jakiej jest wykonywany. Ta część środków związana z wynagrodzeniami dla pielęgniarek i położnych jest zabezpieczona w planie finansowym Oddziału. W przypadku umów o pracę w podstawowej opiece zdrowotnej wzrost wynagrodzenia zasadniczego jest pokrywany ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia uwzględniony w kosztach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych za środków publicznych.*

(akta kontroli, str. 404-405)

Koszty realizacji świadczeń zdrowotnych⁸¹ poniesione przez Oddział w 2017 r. wyniosły ogółem 1 685 533,03 tys. zł⁸², a w 2018 r. 1 779 747,56 tys. zł⁸³

(akta kontroli, str. 534-535)

Oddział monitorował realizację umów i dokonywał zmian ich treści, uwzględniając rzeczywisty stan realizacji świadczeń w odniesieniu do harmonogramów rzeczowo-finansowych.

(akta kontroli str. 1799-1843, 1885-1887)

Wartość świadczeń, które nie zostały wykonane w ramach zawartych kontraktów w 2018 r. w poszczególnych rodzajach wynosiła: 1/ w rodzaju AOS – 1 244,98 tys. zł; 2/ w rodzaju LSZ – 1 412,17 tys. zł; 3/ w rodzaju PSY – 64,75 tys. zł; 4/ w rodzaju REH – 25,03 tys. zł; 5/ w rodzaju STM – 108,56 tys. zł; 6/ w rodzaju PRO – 8,74 tys. zł; 7/ w rodzaju SOK – 337,60 tys. zł; 8/ w rodzaju OPH – 17,18 tys. zł; 9/ w rodzaju SPO – 9,08 tys. zł; 10/ w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne – 2 081,28 tys. zł.

W porównaniu do 2017 r., spośród ww. 10 rodzajów świadczeń, w ośmiu przypadkach wartość świadczeń niewykonanych zmalała, a w dwóch przypadkach była wyższa. Dotyczyło to świadczeń w rodzaju SOK, gdzie wartość niewykonanych świadczeń w 2017 r. wyniosła 196,66 tys. zł oraz świadczeń w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne, gdzie wyniosła ona 1 352,16 tys. zł.

⁸⁰ Przekazanie środków na podwyżki dla pielęgniarek i położnych w 2018 r. wynikało z zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146, ze zm.).

⁸¹ Koszty realizacji świadczeń zdrowotnych obejmowały m.in.: koszty migracji pacjentów, realizacji umów z aneksami, indywidualne decyzje Dyrektora Oddziału, wyroki sądowe, ugody.

⁸² 1 306 923,56 tys. zł wynosił koszt zakontraktowanych świadczeń zdrowotnych, 1 436 560,91 tys. zł – koszt umów wraz z zawartymi aneksami.

⁸³ 1 393 164,54 tys. zł wynosił koszt świadczeń zdrowotnych, 1 569 078,68 tys. zł – koszt umów wraz z zawartymi aneksami.

Zastępca Dyrektora Oddziału ds. medycznych wyjaśniła, że *głównymi przyczynami niewykonania świadczeń w ramach kontraktów były: 1/w zakresie zaopatrzenia w wyroby medyczne – brak rozliczenia z Oddziałem zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne, potwierdzonych, a niezrealizowanych przez świadczeniobiorców lub świadczeniodawców; 2/w pozostałych zakresach – brak wartości wagi punktu, która odpowiada wartości punktowej procedury możliwej do rozliczenia; przerwy w udzielaniu świadczeń (choroba personelu medycznego, urlopy, szkolenia personelu); rzeczywiste zapotrzebowanie na świadczenia; błędnie zweryfikowane świadczenia; zmiana okresu trwania umowy.*

(akta kontroli, str. 1799-1804, 1871-1875)

W odniesieniu do zbadanych w trakcie kontroli przypadków świadczeniodawców z największą wartością niewykonanych kontraktów w 2018 r.⁸⁴, Oddział monitorował realizację umów i dokonywał zmian ich treści w formie aneksów, uwzględniając rzeczywisty stan realizacji świadczeń w odniesieniu do harmonogramów rzeczowo-finansowych. Ponadto w Oddziale po każdym kwartale przeprowadzano analizy rzeczywistej realizacji świadczeń, nadwykonań i niewykonań we wszystkich zakresach realizowanych świadczeń.

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że *na podstawie analizy rzeczywistej realizacji świadczeń w przypadku nadwykonań, we wszystkich zakresach po uwzględnieniu ich wyników, dokonywany był proces bilansowania umów, tj. przesunięcia pomiędzy zakresami, w kolejnym etapie podejmowane były ewentualne decyzje o finansowaniu świadczeń nielimitowanych, a w następnym ewentualne zwiększenia wartości umów w pozostałych zakresach. Zwiększenia wartości umów dotyczyły przede wszystkim świadczeń stanowiących deficytowe dziedziny medycyny, świadczenia w zakresach dziecięcych oraz stanowiące priorytety centralne i regionalne w obszarze zdrowia dla województwa opolskiego. W myśl zapisów zawartych w § 5 zarządzenia Nr 65/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2018 r. w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, dokonuje się korekty ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Do korekty ryczałtu PSZ przyjmuje wyłącznie świadczenia prawidłowo sprawozdane w poprzednim okresie rozliczeniowym. Uwzględnia się również określone w ww. rozporządzeniu współczynniki jakościowe. Pierwsza korekta zgodnie z obowiązującymi zapisami była przygotowana w terminie do 31 marca 2018 r. (...) przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej⁸⁵ w sposób jednoznaczny określają wzór, w oparciu o który dokonuje się wyliczeń ryczałtu PSZ, a Oddziały Wojewódzkie NFZ nie mają możliwości ingerowania w sposób ustalania wysokości ryczałtu.*

(akta kontroli, str. 1799-1843, 1885-1887)

Dyrektor Oddziału, w wyniku prowadzonych analiz dokonywał także przesunięć środków w ramach kosztów przeznaczonych na świadczenia opieki zdrowotnej w planie finansowym. W ostatnich dwóch miesiącach 2018 r. ww. przesunięć dokonywał trzy razy, tj. 6 listopada, 12 grudnia oraz 31 grudnia. Przesunięcia te wynikały m.in. z konieczności zachowania dostępności do świadczeń w drugim półroczu na poziomie nie niższym niż w I półroczu⁸⁶, sfinansowania programów profilaktycznych oraz sfinansowania świadczeń nielimitowanych.

(akta kontroli, str. 1876-1883)

⁸⁴ Po pięciu świadczeniodawców z największą wartością niewykonanych kontraktów w rodzaju LSZ oraz AOS.

⁸⁵ Dz. U. poz. 1783, ze zm.

⁸⁶ W rodzaju PSY.

W latach 2016-2018 rosła liczba i wartość świadczeń raportowanych przez świadczeniodawców jako „ratujących życie”. W 2016 r. liczba takich świadczeń wyniosła 25 441 (o wartości 166 328,72 tys. zł); w 2017 r. – 30 060 świadczeń o wartości 169 868,97 tys. zł; a w 2018 r. – 68 716 świadczeń o wartości 186 411,88 tys. zł. Do Oddziału w ww. okresie nie wpływały roszczenia w postaci pozwów sądowych za świadczenia „ratujące życie”. Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że (...) w kwestii finansowania świadczeń „ratujących życie” przez Fundusz przejmuje się zasadę, iż są to świadczenia rozliczane w pierwszej kolejności. W tym miejscu należy dodać, iż oznaczenie świadczeń zdrowotnych „ratujących życie” należy do świadczeniodawcy, na podstawie prawidłowości kwalifikacji procedur medycznych. Wprowadzenie podstawowego systemu szpitalnego zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych (PSZ) miało na celu zakwalifikowanie zakładów opieki zdrowotnej do „systemu zabezpieczenia” i zapewnienie tym podmiotom stabilności finansowania w formie ryczaftu, tj. za gotowość do udzielania świadczeń, a pacjentom kompleksowości udzielania świadczeń. Sprawozdanie świadczeń następuje na dotychczasowych zasadach wg realizowanych grup JGP i udzielonych porad. Świadczenia zrealizowane w ramach ryczaftu świadczeniodawca oznacza również jako „ratujące życie” w oparciu o zrealizowane procedury medyczne i stan pacjenta. Oznaczenie zrealizowanych świadczeń jako „ratujące życie” pozostało na tych samych zasadach. Należy jednak pamiętać, że oznaczenie świadczenia jako „ratującego życie” jest oceną subiektywną świadczeniodawcy ze względu na różnice w interpretowaniu definicji. Wzrost ilości i wartości świadczeń w porównaniu do lat 2016 i 2017 największy jest w rodzaju LSZ, SPO oraz SOK. W przypadku rodzaju SPO wzrost o świadczeń oznaczonych jako ratujące życie można zauważyć w zakresie: świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie zarówno dla dzieci i dorosłych. Wzrost liczby pacjentów w opiece domowej, objętych przedmiotową opieką stanowi podstawę większej liczby i wartości globalnej świadczeń oznaczonych jako ratujących życie. Natomiast wzrost liczby i wartości w porównaniu lat 2018 do 2017 wynika z wzrostu liczby podmiotów udzielających świadczeń w rodzaju SOK zakresie hemodializoterapia, tym samym zwiększyła się liczba osób objętych przedmiotowym leczeniem. Kolejnym zakresem, w którym występuje wzrost jest zakres żywienia dojelitowe i pozajelitowe w warunkach domowych, na co ma niewątpliwie wpływ wzrost zapotrzebowania na ten rodzaj świadczeń wynika z coraz większej liczby pacjentów korzystających z tego świadczenia, a to z kolei na przedłożenie na możliwość zapewnienia opieki pacjentom w warunkach domowych bez konieczności hospitalizacji. Porównując natomiast wzrost liczby świadczeń w rodzaju leczenie odzwierciedla on rzeczywiste wartości udzielanych świadczeń z oznaczeniem „ratujących życie” przez świadczeniodawców, także tych zakwalifikowanych do PSZ.
(akta kontroli, str. 1799-1803, 1871-1875)

W Oddziale zostały zrealizowane założenia kontroli świadczeniodawców oraz kontroli wewnętrznej. W planie kontroli Oddziału zaplanowano na 2018 r. przeprowadzenie łącznie 23 kontroli w trzech obszarach, tj.: 1/ umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej (dziewięć kontroli); 2/ ordynacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (cztery kontrole); 3/ realizacji recept (10 kontroli). W ramach ww. obszarów zaplanowano tematy kontrolne, które wynikały z przeprowadzonej analizy ryzyka oraz z wytycznych Prezesa NFZ⁸⁷.

(akta kontroli, str. 1314-1368, 1690-1771)

⁸⁷ Pismo znak: DK.72.5.2017.2017.58988.ELK z 6 listopada 2017 r.

W 2018 r. Wydział Kontroli Oddziału przeprowadził łącznie 77 kontroli, w tym: a/ realizacji umów ze świadczeniodawcami (46); b/ ordynacji lekarskich (12) oraz c/ aptek (19). Powyższe kontrole zrealizowały założenia przyjętego planu kontroli na 2018 r.

Zarówno w 2017 r., jak i w 2018 r., Oddział przeprowadził po 46 kontroli świadczeniodawców w zakresie realizacji umów o udzielenie świadczeń zdrowotnych. Liczba świadczeniodawców, z którymi Oddział zawarł umowy o udzielenie świadczeń na 2018 r. wynosiła natomiast, w poszczególnych rodzajach świadczeń, odpowiednio: 1/ POZ – 255; 2/ AOS – 181; 3/ LSZ – 34; 4/ PSY – 46; 5/ REH – 82; 6/ SPO – 56; 7/ OPH – 11; 8/ STM – 247; 9/ w pomocy doraźnej i transporcie sanitarnym – jeden; 10/ PRO finansowanych ze środków własnych NFZ – 19; 11/ SOK – 16; 12/ zaopatrzenia w wyroby medyczne - 103; 13/ ratownictwa medycznego – pięciu; 14/ PRO realizowanych na zlecenie⁸⁸.

(akta kontroli, str. 1314-1368,1796-1798)

Spośród 46 kontroli realizacji umów przeprowadzonych przez Oddział w 2018 r., 35 z nich dotyczyło świadczeniodawców w rodzaju LSZ⁸⁹, pięć – w rodzaju AOS⁹⁰, a po jednej kontroli – w rodzaju STM oraz w rodzaju REH (w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna). Oddział przeprowadził także jedną kontrolę doraźną świadczeń rehabilitacyjnych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, dwie kontrole doraźne prawidłowości realizacji umowy oraz organizacji udzielania świadczeń w zakresie zabezpieczenia ambulansów w produkty niezbędne do prawidłowego działania przeciwbólowego oraz jedną kontrolę doraźną w zakresie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne. Stwierdzone w ww. kontrolach główne nieprawidłowości dotyczyły: a/ nieprawidłowego lub niezasadnego rozliczania świadczeń, b/ nieprzekazywania pełnych danych w zakresie wykonanych procedur i badań, c/ niewykonywania pacjentom pełnego zakresu badań, d/ udzielania świadczeń przez personel inny niż ujęty w wykazie stanowiącym załącznik do umowy, e/ błędów w dokumentacji medycznej i sprawozdawczej. W związku z ustaleniami ww. kontroli, Oddział w 2018 r. nałożył i wyegzekwował łącznie 304,45 tys. zł⁹¹ kar umownych, a wartość zakwestionowanych świadczeń wyniosła łącznie 903,37 tys. zł⁹².

Świadczeniodawcy informowali Dyrektora Oddziału o sposobie realizacji zaleceń (wniosków) pokontrolnych. W trakcie kontroli NIK, na podstawie losowo dobranej próby⁹³ realizacji zaleceń pokontrolnych stwierdzono, że wszystkie ze zbadanych zaleceń zostały wykonane.

Kontrole świadczeniodawców były prowadzone zgodnie z art. 64 ustawy o świadczeniach, przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia

⁸⁸ Na 2017 r. liczba świadczeniodawców, z którymi Oddział zawarł umowy wynosiła w poszczególnych rodzajach świadczeń odpowiednio: 1/ POZ – 259; 2/ AOS – 182; 3/ LSZ – 35; 4/ PSY – 46; 5/ REH – 92; 6/ SPO – 57; 7/ OPH – 11; 8/ STM – 252; 9/ w pomocy doraźnej i transporcie sanitarnym – jeden; 10/ PRO finansowanych ze środków własnych NFZ – 20; 11/ SOK – 16; 12/ zaopatrzenia w wyroby medyczne - 106; 13/ ratownictwa medycznego – pięciu; 14/ PRO realizowanych na zlecenie – jeden.

⁸⁹ Z tego: cztery kontrole planowe kompleksowe dotyczące prawidłowości rozliczania świadczeń szpitalnych; 10 kontroli koordynowanych zleconych przez Prezesa NFZ, w tym m.in. w zakresie kardiologii, neurologii, endoprotezoplastyki na oddziałach ortopedii i traumatologii narządu ruchu; 21 kontroli doraźnych na zlecenie Dyrektora Oddziału, w tym kontrole szpitalnych oddziałów ratunkowych, rozliczeń świadczeń związanych z porodem, rozliczeń świadczeń kardiologicznych i dermatologicznych, świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, sprawdzenia wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną oddziału anestezjologii i intensywnej terapii.

⁹⁰ Z tego: dwie kontrole planowe, po jednej w zakresie opieki nad kobietą ciężarną oraz w zakresie funkcjonowania poradni leczenia bólu; trzy kontrole doraźne w zakresie opieki nad kobietą ciężarną.

⁹¹ Z tego: a/ 3 112,47 zł po kontrolach świadczeniodawców w rodzaju AOS; b/ 299 098,65 zł po kontrolach w rodzaju LSZ; c/ 905,07 zł po kontrolach w rodzaju REH; d/ 1 339,44 zł po kontrolach w rodzaju STM.

⁹² Z tego: 903 042,57 zł w rodzaju LSZ oraz 326,96 zł w rodzaju STM.

⁹³ Do próby wybrano losowo postępowania kontrolne w rodzajach świadczeń: LSZ (trzy kontrole); LSZ w zakresie programu zdrowotne (jedna kontrola – czynności kontrolne przeprowadzono w 2017 r., kontrolę zakończono w 2018 r.); AOS (trzy kontrole); REH (jedna kontrola); PSY (jedna kontrola).

2004 r. w sprawie szczegółowego sposobu i trybu przeprowadzania kontroli przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych⁹⁴ oraz uregulowaniami zawartymi w zarządzeniu nr 128/2017/DK Prezesa NFZ z dnia 21 grudnia 2017 r. w sprawie kontroli prowadzonych przez NFZ. Zastępca Dyrektora Oddziału ds. Ekonomiczno-Finansowych⁹⁵, wyjaśnił że w Oddziale podejmowano działania w celu wyeliminowania stwierdzanych podczas kontroli nieprawidłowości. Zaliczył do nich m.in.: niezwłoczne informowanie zleceniodawcy (komórek organizacyjnych jednostki kontrolowanej lub Wojewody Opolskiego) o wynikach kontroli; przesyłanie kserokopii wystąpień pokontrolnych z kontroli przeprowadzonych w jednostkach podległych do jednostek samorządu terytorialnego, współuczestniczenie w opracowywaniu sprawozdania dotyczącego świadczeń opieki zdrowotnej w rodzajach: ratownictwo medyczne, pomoc doraźna i transport sanitarny oraz LSZ w zakresie świadczeń udzielanych w szpitalnym oddziale ratunkowym i izbie przyjęć. Ponadto dodał, że w ramach rozwiązań systemowych przesłane zostały do Centrali NFZ propozycje (sześć) dotyczące uszczelnienia systemu opieki zdrowotnej⁹⁶.

(akta kontroli, str. 1314-1444, 1633-1676)

Pracownicy Oddziału w 2018 r. przeprowadzili dziewięć kontroli szpitalnych oddziałów ratunkowych. Ustalenia tych kontroli dotyczyły m.in.: niezgłoszenia czterech ratowników medycznych do umowy zawartej z Oddziałem⁹⁷; nieudzielenia wymaganych świadczeń pacjentowi⁹⁸; nieprzyjęcia na oddział szpitala i przekazania pacjenta do innego szpitala⁹⁹, a także sprawozdawczości w zakresie procedur medycznych wykonanych w szpitalnym oddziale ratunkowym¹⁰⁰ i nieprawidłowej liczby stanowisk (łóżek)¹⁰¹.

(akta kontroli, str. 1367-1368, 1451-1533)

W Oddziale weryfikowano, w tym także automatycznie, poprawność danych przekazywanych przez świadczeniodawców w procesie rozliczania świadczeń. W ramach posiadanego przez Oddział systemu informatycznego włączone były procedury automatycznej weryfikacji danych, w tym danych przekazywanych przez świadczeniodawców w raportach statystycznych.

(akta kontroli, str. 1121-1132)

W wyniku przeprowadzonej w 2018 r. jednej kontroli¹⁰² realizacji umowy¹⁰³ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w rodzaju zaopatrzenie na wyroby medyczne, Oddział rozwiązał umowę ze świadczeniodawcą. Kontrola potwierdziła nieudzielenie świadczeń w miejscu i czasie określonym w umowie. Wniosek do Dyrektora Oddziału dotyczący rozwiązania ww. umowy złożony został przez Naczelnika Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej 12 grudnia 2018 r., ze wskazaniem w podstawie prawnej § 36 ust. 1 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Umowę rozwiązano 21 grudnia 2018 r.

(akta kontroli, str. 1534-1676, 1871-1875, 1884)

⁹⁴ Dz. U. Nr 274, poz. 2723.

⁹⁵ W 2018 r. pełniący funkcję Naczelnika Wydziału Kontroli.

⁹⁶ Pismem znak WKSIA.401.19.2018 OOW.2.BO z 17 sierpnia 2018 r.

⁹⁷ Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu.

⁹⁸ Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu, Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu.

⁹⁹ Szpital Wojewódzki w Opolu, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu, Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu.

¹⁰⁰ Brzeskie Centrum Medyczne w Brzegu, Szpital Wojewódzki w Opolu.

¹⁰¹ Szpital Powiatowy im. Pralata J. Głowackiego w Strzelcach Opolskich.

¹⁰² Przeprowadzonej od 19 do 21 września 2018 r.

¹⁰³ Nr 08R/81357/12/ZPO/2018.

Wydział Kontroli Oddziału w trakcie przeprowadzonych kontroli w 2018 r. nie stwierdził podawania przez świadczeniodawców w ofertach nieprawdziwych informacji. Takich informacji nie stwierdziły także komisje konkursowe Oddziału.

(akta kontroli, str. 1315-1318, 1844-1870)

Oddział w 2018 r. skierował po przeprowadzonych kontrolach dwa zawiadomienia o możliwości popełnienia przestępstwa – jedno po kontroli apteki¹⁰⁴ oraz jedno po kontroli ordynacji lekarskiej¹⁰⁵ (dotyczyły one nienależnej refundacji leków). W obu przypadkach prowadzone były postępowania wyjaśniające pod nadzorem prokuratury. Po kontrolach z zakresu realizacji umów ze świadczeniodawcami nie kierowano zawiadomień o podejrzeniu popełnienia przestępstwa.

(akta kontroli, str. 1355-1359, 1367-1368, 1445-1450)

Zgodnie z § 7 zarządzenia nr 31/2017/DK Prezesa NFZ z dnia 8 maja 2017 r. w sprawie regulaminu kontroli wewnętrznej, w Oddziale został opracowany plan kontroli wewnętrznej na 2018 r. Stosownie do jego założeń, w Oddziale przeprowadzono w 2018 r. trzy kontrole wewnętrzne w tematach: *1/ Prawdliwość i rzetelność rozpatrywania przez Oddział zgłoszeń świadczeniobiorców w Zintegrowanym Informatorze Pacjenta dotyczących nieprawidłowości w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej w latach 2016-2017; 2/ Rozliczenia Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych w roku 2017; 3/ Kontrola poprawności nadawania uprawnień do systemu informatycznego.* Pracownik ds. kontroli wewnętrznej monitorował wykonanie zaleceń pokontrolnych. W 2017 r. w Oddziale przeprowadzono także trzy kontrole wewnętrzne.

(akta kontroli, str. 1690-1771)

W 2018 r. w strukturze organizacyjnej Oddziału brak było odrębnego stanowiska audytora wewnętrznego. Audyty wewnętrzne w Oddziale przeprowadzał Wydział Auditorów Wewnętrznych z Departamentu Kontroli NFZ. W badanym okresie w Oddziale przeprowadzone zostały dwa zadania audytowe określone w planie audytu wewnętrznego w NFZ na 2018 r.¹⁰⁶ Dotyczyły one procesu obsługi interesanta w Oddziale oraz kontraktowania/aneksowania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju POZ. W Sprawozdaniu z audytu wewnętrznego¹⁰⁷ dotyczącego kontraktowania/aneksowania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju POZ, nie zawarto zaleceń. W ramach audytu wewnętrznego dotyczącego obsługi interesanta w Oddziale, audytor w sprawozdaniu z 21 sierpnia 2018 r. wydała trzy zalecenia. Dotyczyły one: *1/ wprowadzenia w Oddziale jednolitych standardów obsługi klienta, które będą zawierały: a/ wytyczne w zakresie jakości obsługi interesanta, b/ wytyczne dla pracowników obsługujących bezpośrednio interesanta, w tym zasady dress codu, c/ mechanizmy kontrolne, które ułatwiłyby realizację zadań związanych z obsługą klienta, d/ mechanizmy służące pozyskaniu opinii z zewnątrz jednostki, e/ metody monitorowania osiągnięcia celów związanych z obsługą klienta; 2/ dokonania oceny warunków obsługi klienta przez Inspektora Ochrony Danych (ocena powinna zawierać informacje, czy dane osobowe interesantów są chronione zgodnie z prawem, przy czym należy zidentyfikować ryzyko związane z przetwarzaniem danych, jego ocenę pod kątem źródła, charakteru, prawdopodobieństwa i wagi zagrożenia oraz wprowadzić mechanizmy kontrolne pozwalające zminimalizować to ryzyko); 3/ przeprowadzenia szkoleń pracowników Oddziału w zakresie odpowiedniego przygotowania do obsługi interesantów.*

(akta kontroli, str. 1133-1313)

¹⁰⁴ Zawiadomienie z 10 kwietnia 2018 r.

¹⁰⁵ Zawiadomienia z dnia 5 kwietnia 2018 r.

¹⁰⁶ Plan został zatwierdzony przez Prezesa NFZ 20 grudnia 2017 r.

¹⁰⁷ Z 4 lutego 2019 r.

W ramach realizacji ww. zaleceń audytora, w Oddziale zostało przeprowadzone szkolenie dotyczące zasad obsługi interesantów¹⁰⁸, a Inspektor Ochrony Danych dokonał oceny warunków obsługi klientów w zakresie ochrony ich danych osobowych¹⁰⁹. W odniesieniu do zalecenia dotyczącego opracowania jednolitych standardów obsługi klienta w Oddziale, Dyrektor określił zarządzeniem¹¹⁰ zasady *dress code*.

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że w odniesieniu do zalecenia z audytu dotyczącego opracowania jednolitych standardów obsługi klienta wprowadzono zarządzeniem *dress code*. Pozostałe elementy zostały wprowadzone jednolicie dla całej organizacji w postaci opracowanej w NFZ Księdze Jakości Obsługi Klientów¹¹¹ oraz w Strategii NFZ na lata 2019-2023. W ww. dokumentach określone zostały wytyczne w zakresie jakości obsługi interesanta, mechanizmy kontrolne, które ułatwiają realizację zadań związanych z obsługą klienta, mechanizmy służące pozyskaniu opinii z zewnątrz jednostki oraz metody monitorowania osiągnięcia celów związanych z obsługą klienta.

(akta kontroli, str. 1133-1230)

W 2018 r. do Oddziału nie wpłynęły skargi na stan wyposażenia i kwalifikacje kadry medycznej.

(akta kontroli, str. 1772-1795)

Rada Oddziału w 2018 r. nie podejmowała czynności kontrolnych dotyczących obszarów działalności Oddziału. Nie powoływała także zespołów mających za zadanie zbadać określone zagadnienia. Przewodniczący Rady wyjaśnił, że nie zaistniały przesłanki do podjęcia ww. działań. Dodał także, że Rada analizowała na posiedzeniach informacje o skargach i wnioskach wpływających do Oddziału oraz szczegółowo analizowała organizację opieki zdrowotnej. Wynikiem tych działań były podejmowane stanowiska Rady z propozycjami rozwiązań systemowych np.: w zakresie świadczeń stomatologicznej pomocy doraźnej czy w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie.

(akta kontroli, str. 1677-1689)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

W jednym przypadku rozwiązania umowy ze świadczeniodawcą (w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne) w trybie określonym w § 36 ust. 1 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, tj. bez zachowania okresu wypowiedzenia, Dyrektor Oddziału nie poinformował o tym dyrektorów pozostałych Oddziałów NFZ, do czego był zobowiązany zgodnie z zapisami § 7 ust. 3 zarządzenia Nr 59/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczeń zaopatrzenie w wyroby medyczne.

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że 31 grudnia 2018 r. części świadczeniodawców wygaszały umowy wieloletnie. Wiązało się to z przeprowadzeniem na koniec 2018 r. postępowania w sprawie zawierania umów w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne na rok 2019 i ogłoszenie postępowania również dla nowych świadczeniodawców. A co za tym idzie, w związku z koniecznością w krótkim czasie przeprowadzenia czynności wynikających z postępowania, w tym wizytacji miejsca udzielania świadczeń, terminowymi pracami związanymi z rozliczaniem bieżących

¹⁰⁸ W dniach 27-28 listopada 2018 r.

¹⁰⁹ 19 grudnia 2018 r.

¹¹⁰ Zarządzenie nr 366/2018 z 17 grudnia 2018 r. w sprawie wprowadzenia DRESS CODE w Opolskim Oddziale Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

¹¹¹ Zarządzenie Nr 47/2019/DSS Prezesa NFZ z dnia 19 kwietnia 2019 r. w sprawie wprowadzenia Księgi Jakości Obsługi Klientów NFZ.

faktur oraz z zaangażowaniem w potwierdzanie zleceń i wydawanie kart na zaopatrzenie w wyroby medyczne, których termin ważności upływał z dniem 31 grudnia 2018 r. pracownikom merytorycznym odpowiedzialnym za ten rodzaj świadczeń umknęło dopełnienie obowiązku poinformowania o tym fakcie wszystkich dyrektorów oddziałów NFZ.

W trakcie kontroli, pismem z 19 czerwca 2019 r. Oddział przekazał informacje do wszystkich dyrektorów oddziałów NFZ o rozwiązaniu ww. umowy.

(akta kontroli, str. 1534-1640, 1871-1875, 1884)

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Oddziału w badanym obszarze. Stwierdzona nieprawidłowość nie wpłynęła na poprawność sporządzenia i wykonania planu finansowego.

OBSZAR

3. Koszty administracyjne Oddziału

3.1. Koszty funkcjonowania Oddziału – wydatki stanowiące koszty administracyjne Oddziału

Opis stanu faktycznego

W 2018 r. plan kosztów administracyjnych (po zmianach) w wysokości 17 030 tys. zł, zrealizowano w kwocie 16 573,2 tys. zł¹¹² stanowiącej 98% planu ww. kosztów i 0,8% wszystkich kosztów Oddziału zrealizowanych w 2018 r. Ww. koszty administracyjne zrealizowane w 2018 r. były wyższe od kosztów zrealizowanych w 2017 r. o 5,3%¹¹³ i dotyczyły m.in. kosztów: wynagrodzeń (9 700,9 tys. zł), usług obcych¹¹⁴ (2 361,5 tys. zł), ubezpieczeń społecznych i innych świadczeń (1 985,9 tys. zł), amortyzacji środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych zakupionych ze środków własnych (1 420,2 tys. zł), zużycia materiałów i energii (765,9 tys. zł).

(akta kontroli, str. 536, 600-601)

Koszty wynagrodzeń osobowych w 2018 r. wyniosły 9 700,9 tys. zł, co stanowiło 58,5% ogółu kosztów administracyjnych. Wydatki na wynagrodzenia były wyższe niż w 2017 r. o 4%. Przeciętne zatrudnienie¹¹⁵ w 2018 r. wyniosło 166,67 etatu i było wyższe o 8,1 etatu w stosunku do 2017 r.

(akta kontroli, str. 602-614)

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że wzrost przeciętnego zatrudnienia oraz wynagrodzenia w 2018 r., wynikał m.in. z konieczności obsadzenia stanowiska Głównego Księgowego – Naczelnika Wydziału Księgowości, który przebywał na zwolnieniu lekarskim, a następnie rozwiązał umowę o pracę (jeden etat był obsadzony dwoma osobami). Ponadto zwiększenie liczby etatów nastąpiło w grupie pracowników administracyjnych, co wynikało z konieczności zatrudnienia: analityka w Wydziale Świadczeń Opieki Zdrowotnej¹¹⁶, pracownika w Wydziale Organizacyjnym Kadr i Szkoleń¹¹⁷, dwóch pracowników w Wydziale Księgowości¹¹⁸.

¹¹² Co stanowiło 0,8% łącznych kosztów Oddziału (2 013,8 tys. zł).

¹¹³ Koszty administracyjne w 2017 r. wynosiły 15 733,4 tys. zł.

¹¹⁴ Największe kwotowo to koszty umowy najmu dzierżawionego w części budynku – siedziby Oddziału oraz koszty pocztowe i kurierskie.

¹¹⁵ W przeliczeniu na pełne etaty.

¹¹⁶ Osobę zatrudniono w związku z dużą ilością zadań związanych z przygotowaniem analiz i raportów oraz udziałem w przygotowaniu map potrzeb zdrowotnych.

¹¹⁷ Osobę zatrudniono w celu wzmocnienia kadrowego sekcji, która wraz z Naczelnikiem liczyła 2,5 etatu – jeden pracownik uczestniczył w pracach komisji konkursowych i realizował bieżące zadania, a Naczelnik Wydziału wykonywał zarówno zadania Sekcji ds. Kadr i Szkoleń jak i Sekcji Organizacyjnej.

¹¹⁸ Osoby zatrudniono w celu zabezpieczenia prawidłowego wykonywania zadań w zakresie naliczania płac, bowiem ich realizacją przez pracownika, który nabył prawa emerytalne i w każdej chwili mógł rozwiązać umowę,

Na wzrost przeciętnego zatrudnienia wpłynęły umowy zawarte na czas określony w celu zastępstw nieobecnych pracowników (w ciągu 2018 r. nawiązano 9 takich umów). Wpływ na zwiększenie przeciętnego wynagrodzenia w roku 2018 miało również powierzenie obowiązków Inspektora Ochrony Danych pracownikowi już zatrudnionemu. Ponadto od września 2018 r. rozpoczęto realizację dodatkowych zadań, polegających na monitorowaniu prawidłowości realizacji zadania dotyczącego zobowiązań lekarzy specjalistów z tytułu pobierania podwyższonego wynagrodzenia¹¹⁹.

(akta kontroli, str. 615-617)

Zgodnie z rzeczowym planem wydatków inwestycyjnych Oddziału kwota przeznaczona na inwestycje w 2018 r. wyniosła 1 827 tys. zł, z czego wydatkowano 1 811,9 tys. zł (tj. 99,2% planu). Ww. wydatki inwestycyjne dotyczyły zakupu: maszyn i urządzeń komputerowych¹²⁰ (o wartości 1 486,92 tys. zł tj. 99,4% planu), oprogramowania (o wartości 285,8 tys. zł¹²¹, tj. 98,6% planu) i urządzeń technicznych¹²² (o wartości 39,2 tys. zł, tj. 95,6% planu).

(akta kontroli, str. 618-625)

Szczegółowym badaniem objęto koszty administracyjne ujęte w księgach rachunkowych Oddziału w 2018 r. w kwocie 4 431,4 tys. zł (stanowiące 26,7% kosztów administracyjnych ogółem). Doboru próby kosztów dokonano na podstawie zapisów na kontach: 410 *Zużycie materiałów*, 415 *Zużycie energii*, 425 *Inne usługi obce* oraz 460 *Pozostałe koszty rodzajowe*, metodą monetarną¹²³. Badaniem objęto 64 zapisów/dowodów księgowych na kwotę 3 796,2 tys. zł. Ponadto w sposób celowy dobrano próbę wydatków w wysokości 635,2 tys. zł¹²⁴. Badanie ww. operacji gospodarczych pod względem legalności, gospodarności, celowości i rzetelności ich dokonywania nie wykazało nieprawidłowości.

(akta kontroli, str. 626-698, 924-930)

W ramach próby zbadano łączne 78 kosztów o wartości 4 431,4 tys. zł¹²⁵, z których: a/ 17 (w kwocie 2 054,7 tys. zł) poniesiono na realizację zamówień udzielonych na podstawie przepisów ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych¹²⁶, b/ 30 kosztów (w kwocie 675,6 tys. zł) zrealizowano w ramach tzw. zamówień podprogowych¹²⁷, c/ 31 kosztów pozostałych (na kwotę 1 701,1 tys. zł) dla których przepisy ww. ustawy nie miały zastosowania¹²⁸.

niosta ryzyko nie zastępowalności w tym obszarze. Odejście dwóch pracowników kierujących wydziałem osłabiło poszczególne sekcje Wydziału Księgowości.

¹¹⁹ Zwiększenie zatrudnienia o 1 etat w związku z ustawą z dnia 5 lipca 2018 r. o zamianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1532, ze zm.).

¹²⁰ Macierz oraz system do tworzenia kopii zapasowych zakupiono w listopadzie 2018 r.; 20 komputerów stacjonarnych wraz z monitorami, 8 notebooków oraz 8 drukujących urządzeń wielofunkcyjnych zakupiono w październiku 2018 r.; urządzenie FortiGate-100D zakupiono w kwietniu 2018 r.

¹²¹ System klasy DLP zakupiono w kwietniu 2018 r., oprogramowanie Advanced Backup to Disk oraz oprogramowanie narzędziowe i biurowe zakupiono w październiku 2018 r. (wartości niematerialne i prawne).

¹²² 5 niszczarek zakupiono w kwietniu 2018 r. oraz projektor zakupiono w grudniu 2018 r.

¹²³ MUS z prawdopodobieństwem proporcjonalnym do wartości.

¹²⁴ Łącznie 14 zapisów/dowodów: 13 dowodów na kwotę 610,2 tys. zł – nadanie i odbiór przesyłek zwykłych i poleconych oraz 1 dowód na kwotę 25 tys. zł – usługi doradcze, przygotowanie analizy efektywności ekonomicznej budowy nowej siedziby, zakup gotowego obiektu lub najmu powierzchni biurowych na potrzeby Oddziału.

¹²⁵ Trzy postępowania w trybie przetargu nieograniczonego przeprowadził NFZ w Warszawie (1. Usługi telekomunikacyjne, 2. Zakup licencji dla programu Data Protector Advanced Backup to Disk (...), 3. Zakup macierzy dyskowych oraz urządzenia do backupu dyskowego).

¹²⁶ Dz. U. z 2018 r. poz. 1986, ze zm.

¹²⁷ Realizowano je, stosując się do treści art. 4 pkt 8 ustawy Prawo zamówień publicznych.

¹²⁸ W szczególności ponoszone w związku z umową najmu powierzchni biurowych na potrzeby Oddziału; udział w XXVIII Forum ekonomicznym w Krynicy Zdrój oraz obciążenie za obsługę bankową – nota wystawiona przez NFZ w Warszawie.

W 2018 r. w Oddziale udzielono tylko jednego zamówienia w wyniku przeprowadzenia postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, na podstawie ww. ustawy. Dotyczyło ono świadczenia usług pocztowych i kurierskich dla Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w 2018 r. Poniesione w 2018 r. koszty na realizację tego zamówienia wynosiły 610,2 tys. zł. Szczegółowa analiza dokumentacji ww. postępowania nie wykazała nieprawidłowości w zakresie przygotowania i przeprowadzanie postępowania o udzielenie zamówienia publicznego.

(akta kontroli, str. 699-930, 2340-2343)

3.2. Księgi rachunkowe Oddziału

Opis stanu
faktycznego

Zasady dotyczące rachunkowości uregulowano w zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie ustalenia zasad rachunkowości w Narodowym Funduszu Zdrowia¹²⁹ oraz zarządzeniach Dyrektora Oddziału w sprawie zasad prowadzenia kont ksiąg pomocniczych, opisu systemu informatycznego, przetwarzania danych oraz wykazu zbiorów komputerowych stanowiących księgi rachunkowe¹³⁰.

(akta kontroli, str. 637-698, 954-1097, 1889-1919)

W ww. zarządzeniach Dyrektora OOW NFZ w Opolu dotyczących zasad prowadzenia kont ksiąg pomocniczych, opisu systemu informatycznego, przetwarzania danych oraz wykazu zbiorów komputerowych stanowiących księgi rachunkowe nie określono aktualnie stosowanej wersji oprogramowania wykorzystywanego do prowadzenia ksiąg rachunkowych oraz daty rozpoczęcia jego eksploatacji, co opisano w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*.

Dane bilansu zamknięcia za 2017 r. prawidłowo zostały wprowadzone jako bilans otwarcia na 1 stycznia 2018 r. (a tym samym została zachowana zasada ciągłości bilansowej, o której mowa w art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości¹³¹). Suma zapisów w dzienniku była zgodna z zestawieniem obrotów i sald kont księgi głównej za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2018 r.

(akta kontroli, str. 931-944)

Badanie szczegółowe przeprowadzono na próbie 78 dowodów księgowych i odpowiadających im zapisów będącym przedmiotem badania w ramach kontroli kosztów administracyjnych Oddziału na kwotę 4 431,4 tys. zł. (wprowadzonych do ewidencji księgowej Oddziału w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2018 r.). Do ww. badania przyjęto także dowody i zapisy księgowe dobrane w sposób celowy na podstawie przeglądu analitycznego ksiąg rachunkowych¹³² stanowiące 71 zapisów księgowych o łącznej wartości 740 586,9 tys. zł.¹³³ W wyniku przeprowadzonego badania stwierdzono, że:

¹²⁹ Zarządzenie Nr 133/2017/BK Prezesa NFZ z dnia 2 stycznia 2018 r. w sprawie ustalenia zasad rachunkowości w Narodowym Funduszu Zdrowia, zmienione zarządzeniami Nr 19/2018/BK Prezesa NFZ z dnia 7 marca 2018 r. oraz zarządzeniem Nr 1/2019/BK Prezesa NFZ z dnia 2 stycznia 2019 r.

¹³⁰ Zarządzenie Nr 472/2017 Dyrektora OOW NFZ z dnia 29 grudnia 2017 r. w sprawie zasad prowadzenia kont ksiąg pomocniczych, opisu systemu przetwarzania danych oraz wykazu zbiorów komputerowych stanowiących księgi rachunkowe (zmienione zarządzeniami: Nr 89/2018 Dyrektora OOW NFZ z dnia 19 marca 2018 r. oraz Nr 190/2018 Dyrektora OOW NFZ z dnia 30 maja 2018 r.) oraz zarządzenie Nr 19/2019 Dyrektora OOW NFZ z dnia 4 lutego 2019 r. w sprawie zasad prowadzenia kont ksiąg pomocniczych, opisu systemu informatycznego przetwarzania danych oraz wykazu zbiorów komputerowych stanowiących księgi rachunkowe.

¹³¹ Dz. U. z 2018 r. poz.395, ze zm.

¹³² Przeprowadzonego za pomocą programu Pomocnik Kontrolera wersja PK-5.6. Do badania przyjęto zapisy księgowe wprowadzone do ewidencji księgowej Oddziału w okresie od 1 stycznia do 28 lutego 2018 r. Zapisy księgowe z okresu styczeń-luty 2019 r. zbadano wyłącznie pod kątem roku księgowania w powiązaniu z datą operacji.

¹³³ 53 zapisy o łącznej wartości 739 051,7 tys. zł wprowadzonych zostało do ewidencji księgowej Oddziału w 2018 r. i 18 zapisów o łącznej wartości 1 535,2 tys. zł wprowadzonych zostało do ewidencji księgowej Oddziału w 2019 r.

- sposób dokonywania zapisów w dzienniku umożliwiał ich jednoznaczne powiązanie z dowodami księgowymi;
- dowody księgowe zawierały potwierdzenie przeprowadzenia kontroli formalnej i merytorycznej;
- podlegające księgowaniu zdarzenia, w tym operacje gospodarcze, były udokumentowane w sposób kompletny i przejrzysty oraz zostały poprawnie ujęte w księgach rachunkowych – na podstawie dowodów księgowych – na odpowiednich kontach, zgodnie z treścią ekonomiczną tych zdarzeń, we właściwym okresie sprawozdawczym, zgodnie z zasadą memoriału i współmierności;
- dowody księgowe stanowiące podstawę zapisów księgowych odpowiadały wymogom określonym w art. 21 ust. 1 ustawy o rachunkowości;
- zapisy księgowe zawierały elementy wymagane art. 23 ust. 2 ww. ustawy oraz dokonane zostały w sposób trwały.

(akta kontroli, str. 1098-1120, 1888)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

W okresie objętym kontrolą Oddział był zobowiązany do stosowania wytycznych wynikających z art. 10 ust. 1 pkt 3 lit. c ustawy o rachunkowości, tj. do posiadania dokumentacji opisującej przyjęte zasady (politykę) rachunkowości, określającej m.in. wersję oprogramowania, przy pomocy którego prowadzone były księgi rachunkowe oraz datę rozpoczęcia jego eksploatacji. Stwierdzono, że w 2018 r. w Oddziale wprowadzono 18¹³⁴ wersji programu finansowo-księgowego firmy Kamssoft S.A. (w 2019 r.¹³⁵ wprowadzono kolejnych sześć¹³⁶ wersji ww. programu finansowo-księgowego). Stwierdzono, że w dokumentacji opisującej przyjęte zasady rachunkowości nie określono aktualnie stosowanej wersji oprogramowania wykorzystywanego do prowadzenia ksiąg rachunkowych oraz daty rozpoczęcia jego eksploatacji¹³⁷. Tym samym przyjęte w jednostce kontrolowanej zasady (polityka) rachunkowości nie spełniała wymogu wynikającego z ww. przepisu.

(akta kontroli, str. 945-953, 954-1097, 1889-1919)

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że w związku z kolejnymi aktualizacjami oprogramowania nie wprowadzano zmian do przyjętych zasad rachunkowości, ponieważ aktualizacje te nie powodowały zmian systemu przetwarzania danych oraz zmian zbiorów tworzących księgi rachunkowe.

(akta kontroli, str. 1098-1104, 1920-1921)

W trakcie kontroli NIK Dyrektor Oddziału zarządzeniem nr 131/2019 z 20 maja 2019 r., wprowadził do stosowania wersję oprogramowania oraz datę rozpoczęcia eksploatacji aktualnie wykorzystywanej w Oddziale wersji oprogramowania.

(akta kontroli, str. 1922-1977)

¹³⁴ Wersje: 2018.01.4.3905 (38) od 1 lutego 2018 r., 2018.02.4.3905 (39) od 12 lutego 2018 r., 2018.02.4.3905 (40) od 26 lutego 2018 r., 2018.02.4.3905 (41) od 28 lutego 2018 r., 2018.3.4.3905 (42) od 6 marca 2018 r., 2018.04.4.3905 (44) od 24 kwietnia 2018 r., 2018.05.4.4000 (1) od 24 maja 2018 r., 2018.05.4000 (2) od 30 maja 2018 r., 2018.06.4.4000 (3) od 6 czerwca 2018 r., 2018.06.4.4000 (4) od 11 czerwca 2018 r., 2018.07.4.4000 (5) od 10 lipca 2018 r., 2018.07.4.4000 (6) od 26 lipca 2018 r., 2018.08.4.4000 (5) od 28 sierpnia 2018 r., 2018.10.4.4000 (6) od 24 października 2018 r., 2018.11.4.4000 (7) od 15 listopada 2018 r., 2018.11.4.4000 (8) od 26 listopada 2018 r., 2018.11.4.4000 (9) od 27 listopada 2018 r. i 2018.12.4.4000 (11) od 27 grudnia 2018 r.

¹³⁵ Od 1 stycznia do 8 maja 2019 r.

¹³⁶ Wersje: 2018.12.4.4000 (11) od 27 grudnia 2018 r., 2019.01.4000 (12) od 16 stycznia 2019 r., 2019.02.4.4000 (13) od 13 lutego 2019 r., 2019.03.4.4000 (14) od 12 marca 2019 r., 2019.03.4.4000 (15) od 29 marca 2019 r. oraz 2019.05.4.4000 (16) od 6 maja 2019 r.

¹³⁷ Zatwierdzone wersje 2017.12.4.3905 oraz 2019.01.4.4000.

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działania Oddziału w badanym obszarze. Stwierdzona nieprawidłowość nie spowodowała negatywnych skutków finansowych dla NFZ.

IV. Uwagi i wnioski

Uwzględniając podjęte w trakcie kontroli działania, Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag ani wniosków.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

Opole, 10 lipca 2019 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Opolu

Dyrektor

Kontrolerzy

Agnieszka Roszczak-Fedorowicz
główny specjalista kontroli państwowej


.....
podpis

Damian Mielcarek
główny specjalista kontroli państwowej


.....
podpis


DYREKTOR
z up.
Janusz Madej
Wice Dyrektor
Delegatury NIK w Opolu

