



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Zielonej Górze

LZG.410.003.01.2016
P/16/053

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Zielonej Górze
ul. Podgórna 9a, 65-213 Zielona Góra
T +48 68 410 66 00, F +48 68 410 66 39
lzg@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/16/053 – Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2015 roku					
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Zielonej Górze					
Kontrolerzy	1. Krzysztof Hofman, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 99438 z dnia 22 marca 2016 r. 2. Oskar Zadrejko, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 99440 z dnia 24 marca 2016 r. 3. Bogumiła Leszczyńska-Konczanin, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LZG/20/2016 z dnia 18 maja 2016 r. (dowód: akta kontroli str. 1-6)					
Jednostka kontrolowana	Lubuski	Oddział	Wojewódzki	Narodowego	Funduszu	Zdrowia (LOW NFZ, Oddział)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Piotr Bromber, p.o. Dyrektora Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ. (dowód: akta kontroli str. 7-8)					

II. Ocena kontrolowanej działalności¹

Ocena ogólna

Oddział prawidłowo zrealizował działania związane z przygotowaniem planu finansowego oraz planu zakupu świadczeń zdrowotnych na 2015 rok. Przy ich przygotowaniu uwzględniono obszary priorytetowe na 2015 rok, a także informacje i wnioski od podmiotów zewnętrznych oraz stan wynikający z umów zawartych przed 2015 rokiem. Przy wycenie świadczeń uwzględniano ponadto średni poziom kosztów w poszczególnych zakresach świadczeń na obszarze kraju, a także przekazane przez Centralę NFZ założenia do corocznej prognozy kosztów oddziałów wojewódzkich na lata 2014-2016.

Z uwagi na zróżnicowany potencjał świadczeniodawców, postępowania w niektórych rodzajach świadczeń grupowano na obszarze kilku powiatów. Na zakres i skuteczność działań podejmowanych przez Oddział w 2015 roku istotny wpływ miał przede wszystkim fakt objęcia umowami zawartymi we wcześniejszym okresie zdecydowanej większości świadczeń (ilościowo i wartościowo) oraz ograniczona liczba świadczeniodawców zgłaszających swoje oferty. LOW NFZ nie zapewnił wprawdzie na obszarze województwa dostępności do wszystkich rodzajów świadczeń gwarantowanych, jednakże nie wynikało to z zaniechań Oddziału, ale ze struktury i specyfiki rynku świadczeniobiorców i świadczeniodawców na obszarze województwa lubuskiego.

Proces kontraktowania przebiegał w 2015 roku co do zasady zgodnie z obowiązującym wymogami. Stwierdzona w tym obszarze nieprawidłowość nie miała

¹ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen częściowych dotyczących działalności w badanym obszarze: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny częściowej według proponowanej skali byłoby niemożliwe lub nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, należy zastosować ocenę opisową.

istotnego wpływu na ocenę kontrolowanej działalności z uwagi na jej incydentalny charakter i niską wartość.

Wykonanie planu finansowego i planu zakupu świadczeń zdrowotnych przebiegało w 2015 roku prawidłowo, bez istotnych odchyłeń od założeń. Oddział monitorował stan realizacji umów i podejmował adekwatne działania przebudowując kontrakty i ogłaszając konkursy uzupełniające. Pomimo zwiększenia nakładów w poszczególnych rodzajach świadczeń czas oczekiwania na udzielenie świadczenia nie zmniejszył się, a w niektórych przypadkach nawet wzrósł².

Zorganizowany system kontroli realizacji świadczeń opieki zdrowotnej wspomagał ocenę prawidłowości ich realizacji i rozliczenia.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

Opis stanu
faktycznego

1. Proces planowania zakupu świadczeń i sporządzania planu finansowego

1.1. Przygotowanie procesu kontraktowania świadczeń opieki Zdrowotnej

Zbiórca plan zakupu świadczeń na 2015 rok został opracowany w październiku 2014 roku na podstawie weryfikacji realizacji priorytetów regionalnych na 2014 rok, priorytetów ogólnopolskich na 2015 rok³, a także analizy sytuacji demograficznej i epidemiologicznej województwa lubuskiego z ostatnich kilku lat. Przy planowaniu zakupu świadczeń zdrowotnych Jednostka wzięła pod uwagę również istniejącą na terenie województwa infrastrukturę, potencjał świadczeniodawców oraz dostępność do świadczeń na 10 tys. ubezpieczonych, z uwzględnieniem migracji świadczeniobiorców i pozycji województwa względem średniej krajowej.

(dowód: akta str.203-267)

LOW NFZ opracował własne priorytety regionalne na 2015 rok w sposób zgodny z obowiązującą procedurą definiowania priorytetów i planowania zakupu świadczeń⁴, stosując mierniki służące do oceny realizacji celu. Przyjęte przez LOW NFZ priorytety regionalne uwzględniły wnioski z analizy wskaźnikowej wykonania założeń za 2014 rok oraz przekazaną przez Centralę NFZ listę priorytetów ogólnopolskich na 2015 rok.

(dowód: akta str.10-44)

Przy tworzeniu planu zakupu świadczeń na 2015 rok brano pod uwagę także wnioski/postulaty samorządu terytorialnego. Ponadto w związku z planowanymi konkursami w rodzaju leczenie szpitalne LOW NFZ występował do konsultantów wojewódzkich (programy zdrowotne - lekowe).

(dowód: akta str.87-187)

Zatwierdzony przez Centralę NFZ plan zakupu świadczeń był zgodny z propozycjami Oddziału. W 2015 roku w relacji do roku 2014 liczba i wartość obowiązujących umów zwiększyła się m.in. w zakresie POZ⁵, AOS⁶ oraz LSZ⁷. Zmiany w planie zakupu świadczeń dokonywane przez Oddział na podstawie art. 124 ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej

² W 2015 roku wprowadzono istotne zmiany sprawozdawczości w zakresie liczby oczekujących i czasu oczekiwania na świadczenie, co mogło doprowadzić do urealnienia tych danych.

³ Ogólnopolskie priorytety zdrowotne zostały przesłane przez Prezesa NFZ do oddziałów wojewódzkich za pismem DSOZ/2014/075/0921/W/22533/KI z 23 lipca 2014 r.

⁴ Wprowadzona do użytku na podstawie pisma DSOZ/2012/075/1544/W/22900/KKU z 3 września 2012 r.

⁵ Podstawowa Opieka Zdrowotna.

⁶ Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna.

⁷ Leczenie szpitalne.

finansowanych ze środków⁸ (dalej: *ustawa o świadczeniach zdrowotnych*), wynikały z konieczności wyrównania cen do poziomu średnich krajowych oraz z przeprowadzanych w trakcie roku analiz poziomu wykonania zakontraktowanych świadczeń przez świadczeniodawców. LOW NFZ brał również pod uwagę analizy ukierunkowane na poprawę dostępności do świadczeń przy uwzględnieniu istniejącego na danym obszarze potencjału. Oddział na bieżąco monitorował realizację świadczeń i kolejki dokonując przesunięć środków finansowych pomiędzy poszczególnymi zakresami świadczeń.

(dowód: akta str.45-86, 188-201)

1.2. Przygotowanie planu finansowego Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ na 2015 rok

Plan finansowy LOW NFZ na 2015 rok wraz z uzasadnieniem oraz uchwałą Rady Oddziału zawierającą pozytywną opinię został sporządzony i przekazany do Centrali NFZ 25 czerwca 2014 r. zgodnie z wytycznymi zawartymi w piśmie z 16 czerwca 2014 r. nr NFZ/CF/DEF/2014/077/0137/W/18387/MMA.

(dowód: akta str.45-66,651-667)

Przy tworzeniu projektu planu finansowego uwzględniono centralne i regionalne priorytety zdrowotne na 2015 rok. Z uzasadnienia projektu LOW NFZ wynikało m.in., że wysokość prognozowanych na 2015 rok kosztów zakupu świadczeń oparto przede wszystkim na stanie realizacji świadczeń w okresie styczeń - maj 2014 roku (LSZ, ŚPiO⁹, PPZ¹⁰) oraz prognozowanym wykonaniu w 2014 roku (POZ). Założono finansowanie świadczeń na poziomie roku 2014 (m.in. REHL¹¹, LSTO¹², LUZDR¹³) z uwzględnieniem planowanych zmian przepisów wykonawczych do ustawy o refundacji oraz projektowanych zmian w zakresie tzw. „szybkiej ścieżki onkologicznej” (POZ, AOS). W zakresie świadczeń kontraktowanych odrębnie (SZKO) wzięto pod uwagę także zwiększenie wydatków na hemodializoterapię w związku z prognozowanym wzrostem liczby osób dializowanych. W ramach leczenia szpitalnego (LSZ) uwzględniono również zwiększenie finansowania w związku z planowanym wprowadzeniem nowych programów lekowych oraz w ramach całkowitego budżetu na refundację określonego art.74 ust. 3 ustawy o refundacji¹⁴. W zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (OPiLU) założono pełne zabezpieczenie świadczeń gwarantowanych, kontynuację zwiększenia finansowania związanego z realizacją Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego oraz Krajowego Programu Przeciwdziałania Narkomanii, a także leczenia elektrowstrząsami chorych z zaburzeniami psychicznymi ze wskazań życiowych. W zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej (OPiH) założono zabezpieczenie środków adekwatnie do faktycznych potrzeb świadczeniobiorców. W ramach SZKO obok zwiększenia środków na hemodializoterapię uwzględniono ponadto wzrost potrzeb pacjentów w zakresie żywienia dojelitowego oraz badań izotopowych. Koszty realizacji zadań Zespołów Ratownictwa Medycznego (RM) przyjęto w wysokości wynikającej z dotacji jaką NFZ przewidział otrzymać na ten cel z budżetu państwa.

(dowód: akta str.45-66,651-667)

Wielkość planowanych kosztów zadań LOW NFZ przyjęto przy uwzględnieniu stanu wynikającego z umów zawartych we wcześniejszym okresie oraz planowanych na

⁸ Dz. U. 2015 r. poz. 581, ze zm.

⁹ Świadczenia Pielęgnacyjne i Opiekuńcze.

¹⁰ Profilaktyczne Programy Zdrowotne.

¹¹ Rehabilitacja lecznicza.

¹² Leczenie Stomatologiczne.

¹³ Lecznictwo uzdrowiskowe.

¹⁴ Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. 2015 r., poz. 345, ze zm.).

2015 rok oraz prognozowanego wykonania w 2014 roku z uwzględnieniem liczby osób oczekujących na poszczególne świadczenia. Stosowane przez LOW NFZ w 2015 roku sugerowane ceny świadczeń zdrowotnych - stanowiące podstawę w negocjacjach ze świadczeniodawcami wynikały z informacji o kosztach świadczeń zdrowotnych i wytycznych przekazywanych przez Centralę NFZ oraz analiz pod kątem średnich cen konkretnych świadczeń w kraju i sytuacji na rynku świadczeniodawców.

(dowód: akta str.67-86, 661-664)

Koszty administracyjne zostały zaplanowane w wysokości zaproponowanej przez Centralę NFZ, tj. na podstawie planu na rok 2014 z uwzględnieniem zwiększenia o prognozowany wskaźnik wzrostu cen towarów i usług (dla roku 2015 2,3%) powiększony o 1% oraz szacowany wzrost kosztów administracyjnych z tytułu nowych zadań związanych ze zwrotami kosztów świadczeń uzyskanych przez pacjentów w ramach dyrektywy transgranicznej, a pozostałe koszty i koszty finansowe zgodnie z wytycznymi Centrali NFZ. Poziom kosztów na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych na rok 2015 ustalono na podstawie zgłoszonym przez LOW z uwzględnieniem danych zawartych w sprawozdaniu za I kwartał 2014 r. Koszty finansowe zostały przyjęte w wysokości zgłoszonej przez LOW, nie większej niż wartość określona w planie finansowym na rok 2014.

(dowód: akta str.661-664)

Centrala NFZ przyjęła plan finansowy LOW w kształcie przedstawionym przez LOW, o czym poinformowała LOW w piśmie z dnia 1 sierpnia 2014 roku znak NFZ/CF/DEF/2014/077/0190/W/23908/ER.

(dowód: akta str.666-667)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena cząstkowa

Oddział prawidłowo zrealizował działania związane z przygotowaniem planu finansowego oraz planu zakupu świadczeń zdrowotnych na 2015 rok. Dane wykorzystane przez LOW NFZ w procesie planowania były aktualne, kompletne i pozwoliły na sporządzenie rzetelnych dokumentów planistycznych. Opracowane priorytety regionalne określono wraz ze wskaźnikami pozwalającymi na ocenę ich realizacji.

Opis stanu
faktycznego

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

2.1. Kontraktowanie świadczeń

W 2014 roku Oddział posiadał 1.259 zawartych umów o świadczenie usług medycznych o łącznej wartości 1.246.426.936,50 zł. W 2015 roku Oddział nie przeprowadzał głównych postępowań w poszczególnych rodzajach świadczeń ani postępowań dodatkowych, o których mowa w art.161b ustawy o świadczeniach zdrowotnych. LOW NFZ główne postępowania przeprowadził i zakończył podpisaniem umów w latach 2010-2014¹⁵. Umowy te były przedłużane za zgodą świadczeniodawców na podstawie ustawy o świadczeniach zdrowotnych¹⁶.

(dowód: akta str.307,565-566, 681-684)

¹⁵ Przykładowo w rodzaju AOS i LSZ, SZKO w 2010 roku (umowa od 2011 roku), w rodzaju REHL (rehabilitacja lecznicza), LSTO (leczenie stomatologiczne), PPZ (profilaktyczne programy zdrowotne) i PDITS (Pomoc Doraźna i Transport Sanitarny) w 2014 roku (umowy od 2014 roku).

¹⁶ M.in. na podstawie art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2013 roku o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1290) oraz art. 23 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138).

Z analizy rejestru postępowań dotyczących kontraktowania w 2015 roku świadczeń zdrowotnych wynika, że w 2015 roku przeprowadzono jedynie postępowania uzupełniające (z własnej inicjatywy lub na wniosek świadczeniodawców oraz jednostek samorządu terytorialnego) w tym:

- trzy w trybie rokowań¹⁷ o łącznej wartości 3.477.193,00 zł (wszystkie w uzasadnionych w sytuacjach wskazanych w ustawie o świadczeniach zdrowotnych);
- 131 w trybie konkursu ofert o łącznej wartości 7.450.702,15 zł, z czego:
 - unieważniono 77 postępowań o łącznej wartości 2.167.090,25 zł (w tym 72 z powodu braku ofert);
 - rozstrzygnięto 35 postępowań o łącznej wartości 4.698.860,90 zł;
 - odwołano 19 postępowań (głównie z powodu niedostosowania systemu informatycznego i generowanych w nim załączników do obowiązujących regulacji)¹⁸ o łącznej wartości 584.751,00 zł;
 - jedynie w 12 postępowaniach złożono więcej niż jedną ofertę¹⁹ (w tym 10 rozstrzygniętych, z czego pięciu dotyczących leczenia szpitalnego).(dowód: akta str.308-312, 681-684)

Szczegółowa analiza siedmiu rozstrzygniętych postępowań o największej wartości dotyczących kontraktowania świadczeń w rodzaju LSZ i AOS²⁰ wykazała, że:

- Dyrektor LOW NFZ nie odstępował od obowiązującej w 2015 roku procedury kontraktowania świadczeń;
- w dokumentacji prac komisji konkursowych zawarto oświadczenia ich członków, że nie zachodziły wobec nich przesłanki wyłączenia z postępowania;
- LOW NFZ nie wprowadzał dodatkowych wymogów, w tym, w zakresie wykonania w poprzednich latach określonej liczby świadczeń;
- nie wystąpiły przypadki, w których kryteria dotyczące jakości i ciągłości udzielania świadczeń miałyby wpływ na uniemożliwienie nowym podmiotom udziału w postępowaniu o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- nie stwierdzono przypadków, w których łączna liczba ujętych w planie jednostek rozliczeniowych odbiegała od propozycji ofertowych;
- nie stwierdzono przypadków zmniejszenia liczby jednostek rozliczeniowych lub ich ceny w wyniku przeprowadzonych negocjacji;
- z każdych negocjacji sporządzano protokół ostatecznych ustaleń w zakresie ceny i liczby świadczeń (w AOS w zakresie podziału między świadczeniami podstawowymi i skojarzonymi wystąpiły przypadki prowadzenia negocjacji po rozstrzygnięciu konkursu a przed podpisaniem umowy lub aneksu do umowy).
- nie stwierdzono przypadków błędnego ustalenia punktacji według obowiązujących kryteriów oceny ofert, w tym w zakresie warunku ciągłości i jakości udzielanych świadczeń;
- członkom komisji zapewniono czas na zweryfikowanie ofert - postępowania o zawarcie umowy na świadczenie usług zdrowotnych trwały od 29 do 44 dni a czas weryfikacji ofert od daty ich otwarcia do sporządzenia protokołu z części jawnej postępowania zawarty był w przedziale od 7 do 22 dni;

¹⁷ jedno w trybie art. 157 oraz dwa w trybie art. 144 ustawy o świadczeniach (w tym jedno o wartości 3.013.400,00 zł w zakresie leczenia szpitalnego – świadczenia wysokospecjalistyczne (operacje wad serca i aorty piersiowej > 17 r.ż.) na terenie województwa lubuskiego.

¹⁸ Dotyczyło to konkursów przeprowadzonych w rodzaju Profilaktyczne Programy Zdrowotne (PPZ).

¹⁹ W rodzaju AOS nie stwierdzono takich przypadków.

²⁰ Badaniem objęto po trzy postępowania konkursowe w zakresie leczenia szpitalnego (LSZ) oraz w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) a także jedno postępowanie w zakresie (LSZ) przeprowadzone w trybie rokowań.

- Oddział każdorazowo weryfikował czas pracy lekarzy wykazywanych w ofertach w kontekście innych złożonych ofert oraz już zawartych umów na świadczenie opieki zdrowotnej;
- w każdym ze zbadanych przypadków powoływano zespoły do weryfikacji danych zawartych w ofercie w zakresie wyposażenia i sprzętu oraz wymaganych certyfikatów, badań i przeglądów.

(dowód: akta str. 471-472, 681-684)

W 2015 roku Oddział nie podpisał umów z czternastoma oferentami. Dziewięć ofert zostało odrzuconych z powodu niespełnienia warunków określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy o świadczeniach zdrowotnych. W dwóch przypadkach oferty nie zostały wybrane w toku postępowania, w jednym przypadku oferent wycofał się z podpisania umowy, a w dwóch pozostałych przypadkach nastąpiło unieważnienie postępowania konkursowego z powodu wpłynięcia jednej oferty (po upływie terminu składania ofert zainteresowanie podpisaniem kontraktu zgłaszały kolejne podmioty).

(dowód: akta str.676-679)

Według stanu na koniec 2015 roku względem stanu na koniec roku 2014 wartość zawartych umów w przeliczeniu na jednego ubezpieczonego i jednego świadczeniobiorcę²¹ wzrosła odpowiednio²²: w AOS o 7,24 zł i 16,93 zł, w LSZ o 46,06 zł i 64,01 zł, w OPiLU o 5,16 zł i 5,58 zł, w REHL o 4,43 zł i 24,62 zł, w ŚPiO o 2,65 zł i 835,62 zł, w OPiH o 1,30 zł i 258,77 zł, LSTO o 3,30 zł i 18,05 zł, w PPZ o 1,52 zł i 22,31 zł oraz w SZKO o 3,75 zł i 1.703,46 zł. Wartość zrealizowanych świadczeń wzrosła w większości rodzajów świadczeń w przeliczeniu na jednego ubezpieczonego²³ (poza PDiTS)²⁴ oraz w przeliczeniu na jednego świadczeniobiorcę. Wyjątkiem było obniżenie się wartości wykonanych świadczeń w przeliczeniu na jednego świadczeniobiorcę w rodzajach: LSZ (z 3.820 zł na 3.809 zł), OPiLU (z 2.136 zł na 2.103 zł), PDiTS (z 13.032 zł na 10.180 zł), SZKO (z 19.033 zł na 17.278 zł) i ZSM²⁵ (z 727 zł na 690 zł).

(dowód: akta str.670)

Na leczenie osób ubezpieczonych spoza regionu LOW NFZ wydatkował w 2015 roku 136.732.065,58 zł, w tym: 284.324,00 zł (0,12% środków w rodzaju POZ), 10.070.567,04 zł (6,36% środków w rodzaju AOS), 83.936.395,00 zł (10,99% środków w rodzaju LSZ), 27.151.667,89 zł (26,14% środków w rodzaju OPiLU), 5.676.167,42 zł (10,11% środków w rodzaju REHL), 1.755.247,87 zł (3,95% środków w rodzaju LSTO), 309.316,70 zł (5,46% środków w rodzaju PPZ), 5.077.065,60 zł (11,40% środków w rodzaju SZKO), 1.878.646,46 zł (7,94% środków w rodzaju ŚPiO), 592.667,60 zł (5,34% środków w rodzaju OPiH).

(dowód: akta str.635)

Badanie dziesięciu umów zawartych przez Oddział z losowo wybranymi świadczeniodawcami realizującymi w 2015 roku świadczenia w rodzaju LSZ i AOS (po pięć umów) wykazała, że w latach 2014-2015 w umowach tych nie dokonywano zmian wartości jednostek rozliczeniowych²⁶. W porównaniu do roku 2014 w 2015

²¹ Liczba ubezpieczonych wynosiła 912.321 osób w 2014 roku i 908.908 zł w 2015 roku natomiast liczba świadczeniobiorców wzrosła w 2015 roku w porównaniu do roku 2014 poza AOS i LSTO.

²² Poza PDiTS gdzie wartość na 1 ubezpieczonego zmniejszyła się o 0,41 zł a na 1 świadczeniobiorcę o 2.851,67 zł.

²³ Przykładowo w POZ (z 227 zł na 252 zł), w AOS (z 169 zł na 174 zł) a w LSZ (z 772 zł na 801 zł).

²⁴ W tym przypadku wartość pozostała na niezmiennym poziomie.

²⁵ Zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawa, o których mowa w ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 345, ze zm.).

²⁶ Natomiast na przestrzeni kilku lat obowiązywania badanych umów zmiana wartości jednostki nastąpiła w 2012 roku w zakresie ceny jednostki rozliczeniowej w LSZ (z 51 zł na 52 zł) zgodnie z założeniami do corocznej prognozy kosztów oddziałów wojewódzkich NFZ na lata 2012-2014.

roku zmiany wartości jednostki rozliczeniowej wystąpiły czterokrotnie w AOS²⁷ oraz po jednym przypadku w OPiLU i OPiH²⁸.

(dowód: akta str.45-52,84, 646-647)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Badanie dokumentacji dotyczącej przeprowadzonych w 2015 roku dwóch uzupełniających postępowań konkursowych w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) – świadczenia w zakresie hematologii i onkologii, wykazało, że LOW NFZ w ww. postępowaniach w treści ogłoszenia konkursu nieprecyzyjnie opisał warunki wymagane od potencjalnych oferentów i zasady według, których dokonana zostanie ocena spełnienia tych wymogów w złożonych ofertach. Oddział w treści ogłoszenia ww. konkursów zapisał, że oferty mogą składać podmioty spełniające wymagania określone we wskazanych w ogłoszeniu regulacjach prawnych (w tym m.in. w rozporządzeniach Ministra Zdrowia²⁹ oraz w zarządzeniach Prezesa NFZ³⁰). We wskazanych regulacjach opisane są wymogi i kryteria oceny ofert, a także przypadki, w których można odstąpić od niektórych wymogów (np. § 12 Zarządzenia Prezesa NFZ nr 79/2014/DSOZ z dnia 5 grudnia 2014 r.). Natomiast w treści ogłoszenia ww. konkursów Oddział nie wskazał czy ww. postępowaniach konkursowych odstępuje (na podstawie § 12 ww. Zarządzenia) od obowiązku spełniania wymogów, określonych w § 11 ust. 5 ww. tego Zarządzenia³¹. Potencjalni oferenci nie wiedzieli zatem, czy w ogłoszonych ww. postępowaniach dopuszczone były odstępstwa od podstawowych wymogów czy też nie.

Przed ogłoszeniem ww. konkursów Oddział wystąpił do Prezesa NFZ o wyrażenie zgody na przeprowadzenie tych postępowań na podstawie § 12 Zarządzenia Prezesa NFZ nr 79/2014/DSOZ z dnia 5 grudnia 2014 r. jako postępowań uzupełniających z ograniczeniem określonych w § 11 ust. 5 wymagań wynikających z Zarządzenia Prezesa NFZ³² i zgody takiej uzyskał. Oddział w ogłoszeniu o konkursie nie zawarł jednak informacji o prowadzeniu postępowań konkursowych z odstępieniem od ww. wymagań. W efekcie, po ogłoszeniu konkursu, potencjalni świadczeniodawcy nie wiedzieli, według jakich zasad oceniane będą oferty oraz czy oferty nie spełniające wymogu określonego w § 11 ust. 5 ww. Zarządzenia Prezesa NFZ będą odrzucone czy też dopuszczone do dalszego procedowania. W wyniku konkursu zawarto umowę z jedynym przystępującym do konkursu oferentem (dotychczasowy świadczeniodawca, który wypowiedział umowę z powodu odstąpienia od wymogów dotyczących harmonogramu pracy przychodni), przy czym jego oferta nie spełniała wymogów opisanych w § 11 ust. 5 ww. Zarządzenia Prezesa NFZ.

(dowód: akta kontroli str.122-144)

²⁷ Dotyczyło to obniżenia wartości ceny jednostki rozliczeniowej badania rezonansem magnetycznym z 9,40 do 8,70 zł, tomografii komputerowej (TK) z 9,00 do 8,60 zł oraz badań endoskopowych (gastroskopia z 9,00 do 8,70 zł i kolonoskopia z 9,50 do 9,00 zł).

²⁸ Zwiększono wartość jednostki rozliczeniowej świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży z 12,35 zł do 13,00 zł oraz w świadczeniach hospicjum domowego z 38,00 do 39,00 zł.

²⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2008 r. Nr 81, poz. 484), rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2014 r. poz.1980)

³⁰ Tj. Zarządzeniu Prezesa NFZ Nr 79/2014/DSOZ z 5 grudnia 2014 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, Zarządzeniu Prezesa NFZ nr 12/2015/DSOZ z 13 lutego 2015 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz w Zarządzeniu Prezesa NFZ Nr 3/2014/DSOZ z 23 stycznia 2014 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze zm..

³¹ Wymogi te przewidują, że poradnia specjalistyczna ma być czynna nie mniej niż trzy dni w tygodniu po 4 godziny dziennie, z zachowaniem ciągłości 4 godzin, w tym co najmniej raz w tygodniu w godzinach przedpołudniowych między godz. 7:30 a 14:00 oraz co najmniej raz w tygodniu w godzinach popołudniowych między godz. 14:00 a 20:00.

³² Zarządzenie Prezesa NFZ nr 79/2014/DSOZ z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

Piotr Bromber p.o. Dyrektora Oddziału wyjaśnił, że powodem braku odrzucenia ww. ofert, były uzyskane przed ogłoszeniem tych konkursów zgody Prezesa NFZ *na przeprowadzenie postępowań, w których przyjęte zostaną oferty nie spełniające warunków czasu pracy poradni*. Dodał, że przedmiotowe konkursy zostały ogłoszone zgodnie z Procedurą konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (wersja 5.11) wprowadzoną na podstawie pisma Prezesa NFZ z dnia 11.02.2015r. o sygn. DSOZ.401.46.2015 W.04120.KI oraz, że procedura ta nie uwzględnia sytuacji przeprowadzania postępowań konkursowych na podstawie § 12 ww. Zarządzenia Prezesa NFZ. Ponadto wyjaśnił on, że LOW NFZ nie miał możliwości odstąpienia od procedury i ogłoszenia konkursu w inny sposób, gdyż nie pozwala na to system informatyczny dedykowany do przeprowadzania postępowań konkursowych.

(dowód: akta kontroli str.146-148)

Zdaniem NIK, sytuacja w której potencjalni oferenci nie dysponują jednoznacznie informacją o zakresie stosowanych w danym konkursie wymagań, nawet przy uwzględnieniu okoliczności i uwarunkowań wskazanych w ww. wyjaśnieniach, wskazuje na nierzetelne przeprowadzenie postępowania oraz nie w pełni gwarantuje przestrzeganie zasady jawności oraz zapewnienia uczciwej konkurencji określonych odpowiednio w przepisach art. 147 oraz art. 134 ustawy o świadczeniach zdrowotnych. Za usprawiedliwienie powyższego nie można również uznać niedomagania funkcjonującego w Oddziale systemu informatycznego. Należało bowiem podjąć działania, w uzgodnieniu z Centralą NFZ, w celu dostosowania tego systemu do funkcjonalności zapewniającej prowadzenie postępowań konkursowych zgodnie z obowiązującymi wymogami.

Ocena cząstkowa

Proces kontraktowania świadczeń zdrowotnych na rok 2015 odbywał się na ogół zgodnie z obowiązującymi wymogami przy uwzględnieniu – w miarę obiektywnych możliwości i uwarunkowań – potrzeby zapewnienia równomiernego dostępu do tych świadczeń. Stwierdzona w tym obszarze nieprawidłowość, mimo iż była istotna z punktu widzenia zasady konkurencyjności i przejrzystości prowadzenia postępowań, miała charakter incydentalny i dotyczyła konkursów o niskiej wartości w relacji do całkowitej wartości zakontraktowanych na 2015 rok świadczeń.

3. Wykonanie planu zakupu świadczeń, w tym w zakresie poprawy dostępu do nich, w ramach środków przewidzianych w planie finansowym w 2015 roku

3.1. Realizacja planu zakupu świadczeń

Plan zakupu świadczeń na 2015 rok nie został zrealizowany w całości. Mało istotne odstępstwa dotyczyły głównie przypadków, w których w wyniku przeprowadzonych postępowań nie udało się zabezpieczyć świadczeń z uwagi na brak ofert ze strony świadczeniodawców.

(dowód: akta kontroli str. 309-312, 687-688, 997-1005)

Dostęp do świadczeń na poziomie powiatu LOW NFZ zapewnił w 2015 roku w zakresie POZ (świadczenia lekarza oraz pielęgniarki) oraz świadczeń ogólnostomatologicznych i świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 r.ż. Analogicznie do roku 2014 utrzymały się natomiast problemy z zapewnieniem świadczeń na poziomie powiatu w zakresie

ortodoncji dla dzieci i młodzieży³³ i świadczeń protetyki stomatologicznej³⁴. Podobnie było w przypadku świadczeń stomatologicznej pomocy doraźnej³⁵, gdzie pomimo ogłoszonych konkursów przy cenie oczekiwanej powyżej średniej ceny w kraju nie zrealizowano planu zakupu świadczeń³⁶. W zakresie świadczeń związanych z profilaktyką raka piersi oraz raka szyjki macicy (etapy podstawowe) konkursy były ogłaszane na grupy powiatów lub dwa obszary województwa (północny i południowy)³⁷. W zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku /oddziale dziennym w 2014 roku ogłaszano konkursy na cztery obszary obejmujące grupy powiatów, jednak nie zrealizowano planu zakupu świadczeń na 2015 rok pomimo ogłaszanych konkursów³⁸. W zakresie rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych ze względu na zbyt małą liczbę podmiotów mogących realizować te świadczenia konkursy były ogłaszane na obszar województwa³⁹. W zakresie świadczeń endokrynologicznych na poziomie powiatu Oddział posiadał w 2015 roku cztery zawarte umowy⁴⁰. Oddział nie posiadał w latach 2014-2015 i nadal nie posiada zawartej umowy na świadczenia rehabilitacyjne osób z dysfunkcją narządu wzroku.

(dowód: akta kontroli str. 671-673)

Piotr Bromber p.o. Dyrektora Oddziału wyjaśnił, że Oddział ogłaszał w latach 2009 - 2014 trzykrotnie konkursy w celu zabezpieczenia świadczeń w zakresie rehabilitacji osób z dysfunkcją wzroku. Nie zakończyły się one podpisaniem umów wskutek braku złożonych ofert lub sytuacji, w których złożone oferty podlegały odrzuceniu w związku z niespełnieniem wymogów określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Prezesa Funduszu. Dodał, że Oddział na bieżąco monitoruje migrację pacjentów i wartość środków jaka była przekazywana do innych Oddziałów od trzech lat nie przekraczała 4 tys. zł rocznie.

(dowód: akta kontroli str.636-639)

W porównaniu roku 2014 w 2015 Oddział dążył do rozszerzenia dostępu do świadczeń na mniejszych obszarach i do zapewnienia w prowadzonych postępowaniach konkursowych wybranych świadczeń w większej liczbie powiatów. Zmiany obszarów kontraktowania ukierunkowane na zwiększenie dostępności objęły m.in. świadczenia w AOS, LSZ, PPZ, OPIH (dzielono istniejące obszary kontraktowania na mniejsze przez co zwiększano ich liczbę oraz tworzone nowe obszary).

(dowód: akta kontroli str.84-86)

³³ Konkursy ze względu na małą liczbę podmiotów mogących realizować te świadczenia ogłaszano na grupy powiatów. Oddział posiadał w 2015 roku jedenaście umów z miejscem realizacji świadczeń w Zielonej Górze, Gorzowie Wlkp., Lubsku, Sulechowie, Żarach i Żaganiu. Założenia planu zakupu świadczeń zostały zrealizowane.

³⁴ Z uwagi na małą liczbę podmiotów chcących realizować ten zakres świadczeń konkursy ogłaszano na grupy powiatów – w 2014 i 2015 roku ogłoszono je m.in. na grupę powiatów: nowosolski, żagański, żarski, wschowski – i wszystkie unieważniono, gdyż nie wpłynęła żadna oferta). Oddział posiadał w 2015 roku dziesięć zawartych umów z miejscem realizacji świadczeń w Gorzowie Wlkp., Zielonej Górze, Świebodzinie i Gubinie.

³⁵ Konkursy ogłaszane były bez skutku regularnie od kilku lat raz lub dwa razy w roku. Ostatni konkurs ogłoszono w maju 2016r. dla grupy powiatów krośnieńskiego, nowosolskiego, świebodzińskiego, zielonogórskiego, żagańskiego, żarskiego, wschowskiego i miasta Zielona Góra. Nie wpłynęła żadna oferta.

³⁶ Oddział posiadał w 2015 roku jedną zawartą umowę na grupę powiatów: krośnieński, nowosolski, świebodziński, zielonogórski, żagański, żarski, wschowski i miasto Zielona Góra z miejscem realizacji świadczeń w Zielonej Górze.

³⁷ Założenia planu zakupu świadczeń zostały w 2015 roku zrealizowane. Dodatkowo każdy gabinet ginekologiczny, który posiadał zawartą umowę (na poradnię AOS – pobranie cytologii) dostarczał materiał do wybranego ośrodka odczytującego cytologię a w przypadku profilaktyki raka piersi świadczenia były zabezpieczone dodatkowo poprzez realizację w trybie mobilnym. Informację o miejscach i terminach pobytu mammobusów udostępniano na stronie internetowej Oddziału.

³⁸ Jeden konkurs unieważniono z powodu odrzucenia oferty, która nie spełniała obowiązujących wymogów. Oddział posiadał trzy zawarte umowy na realizację świadczeń w Zielonej Górze, Międzyrzeczu i Gościmiu.

³⁹ Założenia planu zostały zrealizowane. Oddział posiadał w 2015 roku dwie zawarte umowy z miejscem realizacji świadczeń w Torzymiu i Wojnowie.

⁴⁰ Z miejscem realizacji świadczeń w Świebodzinie, Żaganiu, Żarach i Zbąszynku. Założenia planu zostały zrealizowane. Konkursy ze względu na małą liczbę podmiotów mogących realizować te świadczenia były ogłaszane na grupy powiatów i zawarte umowy obejmowały grupy powiatów z miejscem realizacji świadczeń m.in. w Gorzowie Wlkp. Międzyrzeczu, Skwierzynie, Sulechowie i Nowej Soli.

W 2015 roku na terenie działania Oddziału wystąpiły 24 przypadki zaprzestania udzielania świadczeń przez świadczeniodawców⁴¹. Pacjenci byli w takich przypadkach informowani o innych świadczeniodawcach udzielających świadczenia zgodnie z wymogami art. 20 ust. 10a-10d ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

(dowód: akta kontroli str.640-643, 695)

Od 2015 roku obowiązywały zmienione zasady sprawozdawania o pacjentach oczekujących na udzielenie świadczenia⁴², co wpłynęło na urealnienie tych danych, równocześnie jednak ograniczyło możliwość porównywania ich do poprzednich okresów sprawozdawczych. W 2015 roku Oddział na bieżąco monitorował stany kolejek i okres oczekiwania na udzielenie świadczeń.

Z porównania łącznej liczby osób oczekujących na świadczenia oraz średniego czasu oczekiwania w wybranych poradniach AOS, oddziałach rehabilitacji i działach fizjoterapii według stanu na koniec 2014 i 2015 roku wynika, że:

- W poradniach onkologicznych liczba osób oczekujących zmniejszyła się z 325 do 115 osób przy mniejszej liczbie zakontraktowanych świadczeniodawców (13 w 2015 r. przy 15 w 2014 roku). Średni czas oczekiwania wzrósł z 9 do 22 dni dla przypadków stabilnych oraz z 3 do 13 dni w przypadkach pilnych.
- W poradniach okulistycznych liczba osób oczekujących zmniejszyła się z 7.425 do 6.593 osób przy mniejszej liczbie zakontraktowanych świadczeniodawców (13 w 2015 r. przy 15 w 2014 roku). Średni czas oczekiwania wzrósł z 62 do 65 dni dla przypadków stabilnych a w przypadkach pilnych skrócił się z 7 do 3 dni.
- W poradniach kardiologicznych liczba osób oczekujących zwiększyła się z 2.759 do 3.085 osób przy mniejszej liczbie zakontraktowanych świadczeniodawców (23 w 2015 r. przy 24 w 2014 roku). Średni czas oczekiwania skrócił się z 79 do 76 dni dla przypadków stabilnych oraz wydłużył się w przypadkach pilnych z 10 do 19 dni.
- W poradniach chirurgii urazowo-ortopedycznej liczba osób oczekujących obniżyła się z 2.900 do 2.713 osób przy mniejszej liczbie zakontraktowanych świadczeniodawców (26 w 2015 r. przy 27 w 2014 roku). Średni czas oczekiwania skrócił się z 38 do 36 dni dla przypadków stabilnych oraz wydłużył się w przypadkach pilnych z 5 do 13 dni.
- W poradniach neurologicznych liczba osób oczekujących zmniejszyła się z 2.535 do 2.492 osób przy identycznej liczbie zakontraktowanych świadczeniodawców (34). Średni czas oczekiwania wzrósł z 42 do 46 dni dla przypadków stabilnych oraz wydłużył się w przypadkach pilnych z 3 do 12 dni.
- W poradniach urologicznych liczba osób oczekujących zmalała z 1.818 do 1.697 osób przy mniejszej liczbie zakontraktowanych świadczeniodawców (23 w 2015 r. przy 24 w 2014 roku). Średni czas oczekiwania wzrósł z 57 do 62 dni dla przypadków stabilnych oraz wydłużył się w przypadkach pilnych z 3 do 4 dni.
- W poradniach endokrynologicznych liczba osób oczekujących wzrosła z 2.359 do 2.421 osób przy identycznej liczbie zakontraktowanych świadczeniodawców (15). Średni czas oczekiwania wzrósł z 100 do 103 dni dla przypadków stabilnych oraz wydłużył się w przypadkach pilnych z 11 do 29 dni.
- W działach fizjoterapii liczba osób oczekujących wzrosła z 23.069 do 24.282 osób przy mniejszej liczbie zakontraktowanych świadczeniodawców

⁴¹ M.in. z powodu rozwiązania umowy w związku ze zgonem świadczeniodawcy (4 przypadki), w wyniku efektów przeprowadzonej kontroli (1 przypadek), na skutek weryfikacji niezetelnych danych (2 przypadki), niespełnienia warunków koniecznych do realizacji umowy dot. personelu (10 przypadków) oraz w efekcie rezygnacji świadczeniodawcy (7 przypadków).

⁴² M.in. w 2015 roku inaczej niż w 2014 roku średni czas oczekiwania na świadczenie obliczalo się wyłącznie na podstawie danych o pacjentach pierwszorazowych. Inaczej wykazywano również pacjentów onkologicznych.

(66 w 2015 r. przy 75 w 2014 roku). Średni czas oczekiwania wzrósł z 55 do 75 dni dla przypadków stabilnych oraz wydłużył się w przypadkach pilnych z 18 do 24 dni.

- W oddziałach rehabilitacyjnych liczba osób oczekujących wzrosła z 2.191 do 2.219 osób przy tej samej liczbie zakontraktowanych świadczeniodawców (7). Średni czas oczekiwania obniżył się z 443 do 267 dni dla przypadków stabilnych oraz w przypadkach pilnych z 39 do 27 dni.

(dowód: kontroli str.668-669, 672-673)

Z-ca Dyrektora ds. Medycznych LOW NFZ wyjaśniła, że wpływ na wydłużenie się w 2015 roku względem roku 2014 czasu oczekiwania na świadczenia miało wiele czynników, w tym m.in.: niedobory kadry medycznej na terenie województwa, zmiany w zakresie sposobu przekazywania danych przez świadczeniodawców⁴³, ograniczenia finansowe Oddziału oraz zwiększone zapotrzebowanie ze strony pacjentów wynikające ze starzenia się społeczeństwa.

(dowód: kontroli str.644, 688)

LOW NFZ przeprowadził w 2015 roku 6 szkoleń dla świadczeniodawców z zakresu zmian w sprawozdawczości list oczekujących, zamieścił 13 komunikatów na portalu świadczeniodawców zawierających instrukcje i wytyczne dotyczące prowadzenia list, przesłano do świadczeniodawców 835 pisma (w tym 474 dotyczących błędów i braków w sprawozdawczości). Oddział przeprowadził 38 kontroli u świadczeniodawców w wyniku których na 35 z nich nałożono kary w łącznej wysokości 17.2 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str.644-645)

W 2015 roku w porównaniu do roku 2014 liczba wykonanych punktów rozliczeniowych w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych wzrosła w każdym rodzaju świadczeń.

(dowód: akta kontroli str.568)

3.2. Kontrola realizacji umów

W trakcie 2015 nastąpiło rozwiązanie 20 umów o świadczenia opieki zdrowotnej w całości oraz 13 umów – częściowo, w określonych zakresach świadczeń (umowy te dotyczyły 31 świadczeniodawców). Przyczynami rozwiązań było głównie niespełnienie warunków koniecznych do realizacji świadczeń (dotyczy personelu medycznego) oraz rezygnacje świadczeniodawców. Jednocześnie w trakcie roku Oddział zawarł z 54 świadczeniodawcami 33 umowy o świadczenia oraz wprowadził 307 zakresów świadczeń w ramach 27 umów. W wyniku przeprowadzonych postępowań zawarto umowy z 20 nowymi świadczeniodawcami (w tym 7 w zakresie zaopatrzenia w wyroby ortopedyczne oraz 6 dotyczących podstawowej opieki zdrowotnej). Liczba zawartych umów wzrosła z 1.184 na dzień 1.01.2015r. do 1.244 na 31.12.2015 r.

(dowód: akta kontroli str.695-699)

Analiza stanu rozliczenia świadczeń w zakresie ginekologia i położnictwo oraz badanie pięciu umów dotyczących ww. świadczeń w rodzaju lecznictwo szpitalne wykazało, że w 2015 roku nie wystąpiły w Oddziale przypadki niezapłacenia za świadczenia, które nie były objęte limitami udzielanych świadczeń.

(dowód: akta kontroli str.474-530)

Analiza dziesięciu przypadków dotyczących najwyższych wartości niewykonanych w 2015 roku kontraktów wykazało, że Oddział na bieżąco analizował stan realizacji

⁴³ Wprowadzono m.in. konieczność przekazywania numerów PESEL wszystkich pacjentów oczekujących, wyodrębniono świadczenia/procedury dla których prowadzi się odrębną listę oczekujących (np. badania TK, programy lekowe, aparaty ortodontyczne), a także wprowadzono obowiązek dostarczania przez pacjentów oryginału skierowania w terminie 14 dni roboczych od wpisania się na listę oczekujących.

umów i w przypadkach niepełnej realizacji lub wystąpienia nadwykonań dokonywał aneksami do umów odpowiednich korekt i przesunięć środków. Nie stwierdzono przypadków zwiększenia wartości kontraktu w drugim półroczu 2015 r. pomimo niewykonania świadczeń w pierwszym półroczu. Poziom niewykonanych kontraktów wzrósł względem danych za rok 2014 (1.434,26 tys. zł) do 14.327,86 tys. zł w 2015 roku. Najwyższy poziom niewykonania zakontraktowanych świadczeń (powyżej 10% wartości kontraktu) wystąpił na poziomie:

- 27,49% w umowie 0403/0082 (leczenie szpitalne – chemioterapia). Oddział zaplanował środki na podstawie wykonania w roku 2014, w którym leczonych było 13% pacjentów więcej. Ponadto obszar ten był objęty priorytetami na rok 2015.
- 11,87% kontraktu w umowie 0403/0037 rodzaju LSZ (świadczenia wysokospecjalistyczne – operacje wad serca i aorty piersiowej), przy czym niewykonania dotyczyły w tym przypadku wyłącznie produktu skojarzonego – hospitalizacji do świadczeń specjalistycznych (w pełni zrealizowanych).

(dowód: akta kontroli str.476-530, 648-650, 674-675)

Z-ca Dyrektora ds. Medycznych LOW NFZ wyjaśniła, że wzrost poziomu niedowyczerpania kontraktów w 2015 roku wynikał głównie z faktu, iż we wrześniu i listopadzie 2015 roku nastąpiła zmiana planu finansowego NFZ i LOW NFZ otrzymał dodatkowe środki w łącznej kwocie 31.554 tys. zł, które rozdysponowano na świadczenia sporządzając aneksy do umów ze świadczeniodawcami. Z uwagi na końcówkę roku nie wszyscy świadczeniodawcy wykonali umowy do wartości określonej w zawartym aneksie. Oddział otrzymywał informacje, że część świadczeniobiorców ze względu na okres przedświąteczny nie zgłaszało się do świadczeniodawców. W niektórych poradniach liczba pacjentów nie informujących o rezygnacji sięgała nawet 30%.

(dowód: akta kontroli str.687, 995-996)

Dane o zakresie i wynikach kontroli realizacji umów przedstawione zostały również w punkcie 4. niniejszego wystąpienia.

3.3. Realizacja planu finansowego

Plan finansowy Oddziału na rok 2015 (obejmujący zestawienie planowanych kosztów) w pierwotnie zatwierdzonej wersji w dniu 1.08.2014 r. zamykał się kwotą 1.758.184 tys. zł, która ostatecznie w dniu 31.12.2015 r. została zwiększona do poziomu 1.862.546 tys. zł. W okresie tym wartość środków przeznaczonych na zakup świadczeń opieki zdrowotnej wzrosła z 1.670.809 tys. zł do 1.778.497 tys. zł, co wykonane zostało w wysokości 98,4%. W okresie od 29 września 2015 r. do 31 grudnia 2015 r. plan zwiększył się o 48.299 tys. zł, tj. 2,9% planu pierwotnego. W roku 2015 liczba zakontraktowanych świadczeń wzrosła w porównaniu do 2014 roku w każdej grupie świadczeń opieki zdrowotnej.

(dowód: akta kontroli str.188-201, 700-702)

Przesunięcia środków w planie finansowym na koszty świadczeń opieki zdrowotnej, poprzedzone było wykonaniem szczegółowych analiz realizacji poszczególnych rodzajów zakontraktowanych świadczeń. Do celu sporządzania ww. analiz wykorzystywane były bazy danych zgromadzone przede wszystkim w programach K2000, Clo_Agent, w których gromadzone były m.in. dane o zawartych umowach o świadczenia opieki zdrowotnej, aneksach do tych umów, weryfikacji świadczeń, kolejkach oczekujących na udzielenie świadczeń. Poza możliwościami generowania raportów w tych aplikacjach, dane z baz przetwarzane były m.in. w aplikacjach Business Object, Access i Excel pakietu Office.

(dowód: akta kontroli str. 188-201, 703)

Przychody Oddziału z tytułu składek i inne ustawowe za rok 2015 wyniosły łącznie 1.805.940 tys. zł, z tego:

- ze składek za rok bieżący – 1.727.394 tys. zł,
- dotacje celowe - 78.304 tys. zł.

Środki finansowe, tj. składki oraz dotacje otrzymane przez Oddział z Centrali NFZ w 2015 r. były wyższe w porównaniu do wykonania z 2014 r. o odpowiednio 2,9% i 9,5%. Przekazane środki odpowiadały kwocie, o jaką wnioskował Oddział.

(dowód: akta kontroli str. 188-200, 704-705)

Według zweryfikowanych sprawozdań finansowych Oddziału stan bilansowy:

- środków pieniężnych na koniec 2015 r. wyniósł 4.371 tys. zł wobec stanu na koniec 2014 r. - 1.422 tys. zł,
- należności krótkoterminowych (długoterminowe nie występowały) na koniec 2015 r. wyniósł 404,0 tys. zł wobec 333 tys. zł na koniec 2014 r. (na początek 2014 r. - 252 tys. zł), w tym należności od świadczeniodawców w wysokości 10,0 tys. zł.

Stan należności krótkoterminowych (w wartości nominalnej) Oddziału Funduszu na koniec 2015 r. wynosił 809,6 tys. zł. W tym należności dochodzone na drodze sądowej – 131,6 tys. zł, objęte 100% odpisem aktualizującym ich wartość. Należności Oddziału z tytułu sfinansowania świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz osób nieubezpieczonych / nieuprawnionych lub usług nie finansowanych w ramach świadczeń opieki zdrowotnej wyniosły łącznie 405,6 tys. zł (wobec 219,7 tys. zł za 2014 r.), na który utworzono odpis aktualizujący ich wartość w wysokości 325,8 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 704-713, 724)

W okresie od 1.01.2013 do 31.12.2015 zidentyfikowano 25.227 osoby, które nie figurowały w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych prowadzonym przez NFZ, dla których sfinansowano ze środków publicznych świadczenia o wartości 8.526,6 tys. zł. W okresie tym łącznie wyjaśniono, zgodnie z procedurą, sprawy dotyczące 942 ww. osób, którym udzielono świadczeń opieki zdrowotnej na łączną wartość 4.042.97 tys. zł. W ich wyniku ustalono, że w przypadku:

- 538 osób, które skorzystały ze świadczeń o wartości 2.899,0 tys. zł, osoby te uznano za uprawnione do świadczeń ze środków publicznych,
- 376 osób, które skorzystały ze świadczeń na wartość 1.004,5 tys. zł – wszczęto postępowania administracyjne,
- 28 osób, które skorzystały ze świadczeń na wartość 139,5 tys. zł – przekazano sprawy do innych oddziałów NFZ właściwych ze względu na miejsce zamieszkania tych osób celem wszczęcia postępowań administracyjnych.

(dowód: akta kontroli str. 720-722)

W roku 2015 wydano łącznie 174 decyzje z zakresu ustalania kosztów udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej poniesionych na rzecz osób uznanych za nieuprawnione na łączną wartość 470,8 tys. zł, z tego liczba decyzji, które stały się ostateczne to 120 decyzji, a podlegający zwrotowi koszt udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej wynikający z tych decyzji wyniósł 214,2 tys. zł wobec 133 decyzji takich o łącznej wartości 151,9 tys. zł za rok 2014.

Od decyzji wydanych przez dyrektora Oddziału w 2015 r. złożonych zostało 25 odwołań do Prezesa NFZ na łączną kwotę ok. 104 tys. zł, żadne nie zostało rozstrzygnięte do dnia 8 lipca 2016 r. W przypadku decyzji z 2014 r. – odwołania

złożono od 37 decyzji, rozstrzygnięte zostało 7 odwołań. Odwołanie najdłużej oczekujące na rozstrzygnięcie złożone zostało dnia 20 marca 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 726-727)

Wydanie decyzji - na podstawie art. 50 ust. ustawy o świadczeniach zdrowotnych - ustalających obowiązek zapłaty kosztów leczenia, ich wysokość i termin zapłaty przez osoby uznane za nieuprawnione do świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, poprzedzone zostało przeprowadzeniem postępowań administracyjnych.

Wszczywanie postępowań następowało w stosunku do osób (świadczeniobiorców) niezarejestrowanych w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych, prowadzonym przez NFZ, co wskazywało na nieposiadanie przez te osoby uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych. Świadczeniobiorcy byli zawiadamiani o wszczęciu postępowań administracyjnych oraz o możliwości przesłania dokumentów potwierdzających prawo do świadczeń w przypadku ich posiadania, niemniej zazwyczaj nie brali czynnego udziału w postępowaniach.

(dowód: akta kontroli str. 728-733)

W ramach prowadzonych postępowań⁴⁴ podjęto następujące czynności wyjaśniające:

- pozyskano od świadczeniodawców oświadczenia o prawie do świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych złożone przez świadczeniobiorców – tego typu dokumenty były podstawą udzielenia świadczeń 7 świadczeniobiorcom; weryfikacji w ZUS poddano oświadczenia 2 świadczeniobiorców, w 1 przypadku oświadczenie świadczeniobiorcy zweryfikowano w KRUS i OPS, w 1 przypadku - w KRUS, a w pozostałych przypadkach podstawę wydania decyzji stanowiły dane zawarte w CWU,
- dokonano weryfikacji (w 1 z 2 przypadków) informacji z systemu CLO_Świadczeniobiorca o przedłożeniu przez świadczeniobiorcę dokumentu uprawniającego do świadczeń poprzez pozyskanie informacji z KRUS, a w drugim przypadku podstawą wydania decyzji stanowiły dane zawarte w CWU,
- pozyskano od świadczeniodawcy dokument potwierdzający prawo do świadczeń dotyczące 1 świadczeniobiorcy - zaświadczenie PUP, z którego wynikało zgłoszenie do ubezpieczenia świadczeniobiorcy jako członka rodziny, nie występując do PUP o wskazanie daty zgłoszenia do ubezpieczenia jako członka rodziny.

(dowód: akta kontroli str.731-733)

W odniesieniu do zakresu podejmowanych czynności w ramach prowadzonych postępowań Dyrektor Oddziału oraz Kierownik Działu Skarg Wniosków i Leczenia za Granicą w Wydziale Spraw Świadczeniobiorców LOW NFZ Zielona Góra, realizującego zadania Oddziału w powyższym zakresie wyjaśnili m.in., że zgodnie z procedurą postępowania NFZ mającego na celu wydanie przez dyrektora Oddziału Wojewódzkiego decyzji administracyjnych ustalających obowiązek poniesienia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych osobie nieuprawnionej do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, do celu potwierdzenia prawa do świadczeń, stosowany był i jest CWU NFZ (zgodnie z art. 97 ust. 4 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej) oraz korespondencja z ZUS/KRUS w sytuacjach wymagających uzupełnienia posiadanych informacji.

(dowód: akta kontroli str. 894-900)

⁴⁴ Badano próbę 10 postępowań zakończonych wydaniem w 2015 r. decyzji nakazujących zapłatę najwyższych kwotowo kosztów świadczeń opieki zdrowotnej na łączną wartość 149, 0 tys. zł.

Dyrektor Oddziału jako organ prowadzący postępowania nie badał występowania przesłanki, o której mowa w art. 50 ust. 17 ustawy o świadczeniach zdrowotnych, związanej z ewentualnym działaniem świadczeniobiorcy w usprawiedliwionym błędnym przekonaniu, że posiada on prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, co zwalniałoby świadczeniobiorcę z obowiązku zapłaty kosztów świadczeń opieki zdrowotnej.

(dowód: akta kontroli str. 731-733)

W zakresie badania istnienia przesłanki do działania świadczeniobiorcy w usprawiedliwionym błędnym przekonaniu, że posiada on prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, Dyrektor Oddziału oraz Kierownik Działu Wniosków i Leczenia za Granicą wyjaśnili m.in., że świadczeniobiorcy byli informowani o możliwości złożenia wniosków oraz dowodów w sprawie (stosowny zapis zawarto w zawiadomieniu o wszczęciu postępowania). W żadnym z badanych w toku kontroli przypadku takie dowody nie zostały złożone, stąd nie było podstaw do uznania świadczeniobiorców jako osoby działającej w tym przeświadczeniu. Kierownik Działu wyjaśniła również, że element ten byłby przedmiotem badania w prowadzonym postępowaniu w przypadku przedstawienia przez świadczeniobiorców stosownych dowodów na poparcie twierdzenia usprawiedliwionego błędnego przekonania o posiadanym prawie do świadczeń w toku postępowania.

(dowód: akta kontroli str. 894-900)

Prowadząc postępowania kierowano się zasadą, że uprawnienia do świadczeń świadczeniobiorcy jako członka rodziny wymagają formalnego zgłoszenia do ubezpieczenia jako członka rodziny oraz wygasają automatycznie w związku z nabyciem prawa do świadczeń z innego tytułu, np. w związku z podjęciem każdego (nawet krótkotrwałego) zatrudnienia. Ponowne nabycie praw do świadczeń jako członka rodziny wymagało, wg Oddziału, ponownego zgłoszenia. W 4 na 10 badanych spraw świadczeniobiorca w okresach wcześniejszych zarejestrowany był w CWU jako członek rodziny osoby ubezpieczonej. Oddział w prowadzonych postępowaniach nie stosował interpretacji statusu osoby uprawnionej do świadczeń jako członka rodziny, wynikającej z pisma Ministerstwa Zdrowia z dnia 10.07.2014 r., znak MZ-UZ-AK-400-34923-1/MM/14, przekazanego Oddziałowi przez Centralę NFZ pismem z dnia 14.07.2014 r., znak: NFZ/CF/BP/2014. W cytowanym piśmie Ministerstwa Zdrowia zaprezentowano stanowisko, że prawo do świadczeń świadczeniobiorcy jako członka rodziny osoby ubezpieczonej wynika z mocy przepisów prawa, a zgłoszenie członka rodziny ma charakter techniczny i jego brak nie pozbawia członka rodziny osoby ubezpieczonej uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej.

(dowód: akta kontroli str. 731-733)

W powyższej sprawie Kierownik Działu Wniosków i Leczenia za Granicą Oddziału wyjaśniła, m.in. że w sytuacjach, w których świadczeniobiorca był zgłoszony do ubezpieczenia jako członek rodziny, a następnie uzyskał tytuł do obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, który wygasł, Oddział stwierdzał brak uprawnień do świadczeń, jeżeli nie było dokonane nowe zgłoszenie do ubezpieczenia po zakończeniu np. pracy, umowy zlecenia itp. Uzasadnieniem dla powyższego sposobu postępowania, w ocenie składającej wyjaśnienia, jest art. 67 ust. 3 cyt. ustawy o świadczeniach.

(dowód: akta kontroli str. 894-900)

W toku kontroli dokonano zmiany wzoru zawiadomienia o wszczęciu postępowania w trybie art. 50 ust. 18 ustawy o świadczeniach oraz p.o. Dyrektor Oddziału zalecił pracownikom Oddziału wnikliwe badanie dowodów i prowadzenie tych postępowań

zgodnie z zasadami wynikającymi z art.7-9 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r Kodeks postępowania administracyjnego⁴⁵.

(dowód: akta kontroli str.747, 1916-1016)

Oddział dostrzegł potrzebę zmian przepisów prawa w zakresie doprecyzowania zasad korzystania z uprawnień do świadczeń świadczeniobiorców – członków rodzin osób ubezpieczonych. W odpowiedzi na przekazane za pośrednictwem Centrali NFZ postulaty koniecznych zmian w systemie ochrony zdrowia, z prośbą o zapoznanie i zaproponowanie zmian legislacyjnych, Oddział w dniu 20 czerwca 2016 r. zgłosił m.in. propozycję zmiany przepisów polegającą na umożliwieniu zgłaszania do ubezpieczenia zdrowotnego osób, które nie były zgłoszone do tego ubezpieczenia, a ich sytuacja faktyczna uprawniała je do zgłoszenia jako członków rodzin osób ubezpieczonych oraz usankcjonowanie w przepisach prawa ważności raz dokonanego zgłoszenia członka rodziny do ubezpieczenia do momentu ustania przesłanek do korzystania ze świadczeń w ramach tego tytułu uprawnień.

(dowód: akta kontroli str. 734-746)

Od żadnej z badanych decyzji nie wniesiono odwołania do Prezesa NFZ. Oddział w każdym z badanych przypadków – po uprawomocnieniu się decyzji - do dłużników kierował upomnienie, a następnie sporządzał i przekazywał do egzekucji w trybie administracyjnym tytuły wykonawcze.

(dowód: akta kontroli str.728-730)

Skuteczność windykacji należności z tytułu udzielonych świadczeń od osób nieuprawnionych mierzona relacją uzyskanych w 2015 r. spłat należności⁴⁶ w stosunku do wartości wydanych ostatecznych decyzji wyniosła 15,2% wobec 17,3% za rok 2014.

Odracanie płatności należności poprzez rozkładanie jej na raty w 2015 r. wystąpiło w przypadku 9 świadczeniobiorców i objęło łączną kwotę (należność główna) – 12,4 tys. zł, a w przypadku 4 świadczeniobiorców dokonano umorzeń należności (w części lub całości) na łączną wartość ok. 4,3 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str.726, 748-750)

W przypadku należności Oddziału od świadczeniodawców, skuteczność windykacji w odniesieniu do naliczonych kar umownych oraz korekt rozliczeń zakwestionowanych świadczeń zdrowotnych była wysoka. Oddział (według stanu spraw na dzień 30.06.2016 r. wyegzekwował wszystkie kwoty kar umownych i korekt rozliczeń zrealizowanych świadczeń opieki zdrowotnej ostatecznie ustalone w wystąpieniach pokontrolnych dotyczących kontroli z 2015 r., za wyjątkiem jednego świadczeniodawcy, który nie kwestionując ich poziomu, nie dokonał zapłaty. W przypadku tym Oddział rozwiązał umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i podjął działania zmierzające do wyegzekwowania należności.

(dowód: akta kontroli str.936-937)

Koszty Oddziału w 2015 r. wyniosły 1.830,9 tys. zł, stanowiąc 98,3% planu na 2015 r. oraz 103,7% wykonania planu za 2014 r. Koszty świadczeń opieki zdrowotnej wyniosły 1.749, 5 tys. zł, tj. 98,4%.

Świadczeniodawcy wykazali zarówno świadczenia wykonane ponad limit określony w umowie, jak również niepełne wykonanie umów. Poziom niewykonania przez świadczeniodawców umów za 2015 r., po uwzględnieniu ostatnich zmian umów

⁴⁵ Dz. U. z 2016 r., poz. 23

⁴⁶ Obejmującą również decyzje z 2014 r.

dokonanych w lutym 2016 r. (aneksów rozliczających) wyniósł łącznie 14.327,9 tys. zł, a wykonanych ponad limit umowny – 78,4 tys. zł, w tym rehabilitacja medyczna 75,0 tys. zł. Wartość aneksów rozliczających wyniosła 53.680,5 tys. zł.

Wnioski świadczeniodawców o zwiększenie limitów świadczonych umów zostały załatwione pozytywnie, według zasad określonych dla poszczególnych rodzajów świadczeń⁴⁷. Zwiększenia wartości umów w formie aneksów rozliczających dokonano na podstawie § 43 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁴⁸. W przypadku jednoczesnego występowania tzw. „nadwykonań” pewnych zakresów świadczeń i niepełnego wykonania innych zakresów świadczeń przez jednego świadczeniodawcę, korzystano z możliwości zmiany warunków umów o udzielanie świadczeń dostosowując wartości poszczególnych zakresów świadczeń do przewidywanego ich wykonania. W roku 2015 załatwiono pozytywnie wszystkie wnioski o zwiększenie wartości kontraktów. Łącznie zwiększenia wartości kontraktów wystąpiły w przypadku 77,6% świadczeniodawców, w tym w przypadku 97,5% świadczeniodawców prowadzących rehabilitację medyczną oraz 92,0% świadczeniodawców realizujących leczenie szpitalne. Największe zwiększenia wartości umów o świadczenia opieki zdrowotnej, wystąpiły w przypadku podmiotów prowadzących leczenie szpitalne i ustalone zostały w oparciu o oszacowane przez świadczeniodawców poziomy nadwykonań świadczeń oraz wartości z przesłanych raportów o zrealizowanych świadczeniach.

(dowód: akta kontroli str. 700, 751-764)

W zakresie wykonania planu zakupu świadczeń, największe wartościowo pozycje dotyczące leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz podstawowej opieki zdrowotnej wykonane zostały na poziomie powyżej 98% planu. Największy poziom niewykonania wystąpił w zakresie:

- opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień – 96,9 % planu (niewykonanie w łącznej wysokości 1.318,5 tys. zł na 35 realizowanych zakresów świadczeń, w tym największe wartościowo – 581,6 tys. zł w zakresie świadczeń odwykowych w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia).
- programów terapeutycznych lekowych – 96,9 % planu (niewykonanie łącznie 948,7 tys. zł na 93 realizowanych tych programów, przy czym niedowyczenia programów o największych wartościach nie przekraczały 2 %),
- profilaktycznych programów zdrowotnych – wykonanie na poziomie 82,8% (niewykonanie w łącznej wysokości 106,1 tys. zł).

(dowód: akta kontroli str. 802-818)

Niedowyczenia świadczeń w przypadku opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień wynikało w znacznym stopniu z rozwiązania umowy z jednym z podmiotów w związku z wykreśleniem go z wykazu zakładów leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia. Programy terapeutyczne lekowe – niewykonanie związane przede wszystkim z brakiem pacjentów kwalifikujących się do poszczególnych programów lekowych.

Niewykonanie w zakresie profilaktycznych programów zdrowotnych wystąpiło w zakresie profilaktyki chorób odtytoniowych w związku z niższym od przewidywanego zainteresowaniem programem, natomiast w programie badań prenatalnych związane było z niewykonaniem kontraktu przez jednego ze

⁴⁷ Ustalono na podstawie 5 świadczeniodawców ubiegających się na największe kwoty środków z tytułu świadczeń wykonanych ponad limity umowne

⁴⁸ Dz. U. z 2015 r. poz. 1400, ze zm.

świadczeniodawców (u świadczeniodawcy przeprowadzona została kontrola, a w jej wyniku zobowiązano go do realizacji świadczeń).

(dowód: akta kontroli str. 820-836)

Koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w 2015 r. świadczeniobiorcom nieubezpieczonym, spełniającym kryterium dochodowe, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach zdrowotnych wzrosły z 6.093,7 tys. zł do 7.132,1 tys. zł, tj. o 17,0%, a liczba osób korzystających z 4.901 do 5.464, tj. o 11,5% w stosunku do roku poprzedniego. Środki przekazane z budżetu państwa (za pośrednictwem Centrali NFZ) w pełni pokryły koszty tych świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 837-841)

Dla Oddziału zatwierdzony został rzeczowy plan wydatków inwestycyjnych, w którym zatwierdzono przebudowę budynku siedziby Oddziału, zakup zespołów komputerowych, oprogramowania oraz zakup i montaż dodatkowych regałów archiwalnych i klimatyzatorów do serwerowni, na łączną wartość (po zmianach) 5.203,0 tys. zł. Zadania objęte planem zostały w pełni wykonane, wartościowo plan zrealizowano w wysokości 4.975,8 tys. zł, tj. w 95,6% założeń.

(dowód: akta kontroli str. 842-853)

Koszty administracyjne Oddziału za 2015 r. wyniosły 14.862,1 tys. zł i wzrosły o 3,3% w stosunku do roku poprzedniego. Najwyższy udział w ww. kosztach miały wynagrodzenia wraz z pochodnymi stanowiąc 69,6% kosztów administracyjnych. Nominalnie koszty administracyjne wzrosły o 3,3% w stosunku do roku poprzedniego. Plan w zakresie kosztów wynagrodzeń wykonany został w 98,6%. Poziom planowanego zatrudnienia wzrósł ze 165 etatów za 2014 r. do 167 za 2015 r., w tym zaplanowano wzrost zatrudnienia pracowników administracyjnych o 3 etaty oraz spadek o 1 etat liczby zatrudnionych na stanowiskach kadry kierowniczej. Średnie zatrudnienie w roku 2015 wyniosło około 164 etatów. W Oddziale zatrudniani byli pracownicy na zastępstwa – średnioroczna ilość umów na zastępstwa obejmowała około 9 etatów, przy średniorocznej ilości długotrwałych zwolnień z pracy⁴⁹ wynoszącej 12,5 etatu.

(dowód: akta kontroli str. 854-859)

Znaczącą pozycją kosztów administracyjnych były usługi obce. Wydatki z tego tytułu wyniosły 1.363,4 tys. zł (9,2%) wobec planu na wartość 2.802,0 tys. zł. Ich wykonanie na poziomie znacznie niższym od planu wynikało m.in. z niewykorzystania kwoty zabezpieczonej na ewentualne usługi serwisu urządzeń i serwerów, wzmocnienie obsługi prawnej, oszczędności wydatków poczynione w związku z przeprowadzonymi postępowaniami o udzielenie zamówień publicznych, niezrealizowania planowanych remontów. Wykonane usługi obce związane były głównie z usługami pocztowymi, obsługą serwisową oprogramowania oraz usługami obsługi prawnej.

(dowód: akta kontroli str. 860-863)

Nie stwierdzono nieprawidłowości w zakresie trybu wyłonienia wykonawców i przeprowadzenia postępowania o udzielenie zamówień publicznych. Badaniem w powyższym zakresie objęto trzy najwyższe kwotowo postępowania zrealizowane w 2015 r. W ich wyniku zawarto umowy z wykonawcami na łączną kwotę 4.880,1 tys. zł brutto.

(dowód: akta kontroli str. 864-877)

⁴⁹ urlopy macierzyńskie / rodzicielskie, zasiłki rehabilitacyjne, długotrwałe zwolnienia lekarskie

3.4. Wartość zobowiązań krótkoterminowych (długoterminowe nie występowały) Oddziału według stanu na koniec roku 2015 wyniosła 190.639,0 tys. zł i była o 10,6% wyższa od stanu na koniec roku poprzedniego.

Najistotniejszą pozycją zobowiązań były zobowiązania wobec świadczeniodawców wynikające z zawartych umów oraz wobec aptek z tytułu refundacji wynoszące łącznie 189.221,4 tys. zł.

W trakcie roku nie wykazywano zobowiązań wymagalnych. W związku z wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Poznaniu Oddział zapłacił świadczeniodawcy w roku 2015 kwotę 5.650,1 tys. zł, w tym należność główna 3.720,3 tys. zł, odsetki 1.929,8 tys. zł. Sprawa dotyczyła żądania zapłaty kwoty 3.720,3 tys. zł za lata 2007-2008 z tytułu dodatkowych środków na wynagrodzenia pracowników na podstawie ustawy z dnia 22 czerwca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń⁵⁰. Poza ww. odsetkami nie wykazano poniesienia innych wydatków z tytułu odsetek i kar umownych.

(dowód: akta kontroli str. 706, 717, 878-888)

Według stanu na 31.12.2015 r. przeciwko Oddziałowi prowadzone było 5 postępowań sądowych, w tym:

- 2 sprawy związane z nieuwzględnieniem przez Oddział odwołań od rozstrzygnięć konkursów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – jedna sprawa prawomocnie zakończona w 2016 r. (skarga oddalona), druga w toku (skarga kasacyjna w NSA),
- 2 pozwy o zapłatę, z tego jeden na kwotę 17,0 tys. zł dotyczy żądania zapłaty wynagrodzenia ryczałtowego za 2 kwestionowane przez NFZ dni pracy lekarzy pierwszego kontaktu, drugi na kwotę 1,3 tys. zł dotyczy zaniechania w realizacji finansowanego ze środków publicznych świadczenia opieki zdrowotnej (na rzecz świadczeniobiorcy); obie sprawy w toku (postępowanie pierwszo-instancyjne),
- 1 sprawa w związku z odmową udostępnienia przez Oddział informacji publicznej dotyczącej protokołów kontroli zewnętrznych i wewnętrznych prowadzonych przez Oddział – sprawa prawomocnie zakończona w 2016 r. (oddalenie skargi).

Na ww. dochodzone od NFZ roszczenia nie utworzono rezerw na przyszłe zobowiązania, stosownie do przyjętych zasad w NFZ⁵¹.

(dowód: akta kontroli str. 889-890, 718-719)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Uwaga dotycząca
badanej działalności

Zdaniem NIK, Oddział powinien poszerzyć zakres podejmowanych czynności wyjaśniających w sprawach dotyczących zwrotu kosztów udzielonych świadczeń zdrowotnych, dążąc do zebrania dowodów w możliwie najpełniejszym stopniu wyjaśniających stan faktyczny tych spraw, zapewniając uwzględnienie w wydawanych decyzjach słusznego interesu świadczeniobiorców.

Ocena cząstkowa

Plan finansowy Oddziału zrealizowany został bez istotnych odchyień od założeń. Oddział analizował w trakcie roku stopień realizacji umów o realizację świadczeń opieki zdrowotnej, podejmował działania w celu pełnego wykorzystania środków przewidzianych w planie finansowym, w szczególności reagował na sytuacje związane z występowaniem niewykonań i nadwykonań świadczeń w ramach

⁵⁰ Dz. U. Nr 149, poz. 1076, ze zm.

⁵¹ Zarządzenie Prezesa NFZ nr 20/2005 z dnia 17.02.2005

zawartych umów i dokonywał ich zmian. W LOW NFZ nie wystąpiły przypadki niezapłacenia za świadczenia nie objęte limitami w 2015 roku. Oddział rozliczył wszystkie wnioski dotyczące sfinansowania nadwykonań oraz podejmował działania w celu poprawienia dostępności do świadczeń zdrowotnych, niemniej ich skuteczność była ograniczona ze względu na rzeczywistą dostępność usług świadczeniodawców na rynku lokalnym oraz uwarunkowania finansowe.

4. System kontroli świadczeniodawców oraz system kontroli wewnętrznej

4.1. Plan kontroli tworzony był przez powołany do tego celu zespół, w skład którego weszli zastępca dyrektora ds. medycznych jako przewodniczącą zespołu oraz naczelnik Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej, kierownik Działu Kontroli Realizacji Umów na Świadczenia w Wydziale Świadczeń Opieki Zdrowotnej, naczelnik Wydziału Gospodarki Lekami, kierownik Działu programów Lekowych, Monitorowania, Analiz, Refundacji i Rozliczeń w Wydziale Gospodarki Lekami, Naczelnik Wydziału Spraw Świadczeniobiorców, kierownik Działu ds. Służb Mundurowych i Ratownictwa Medycznego w Wydziale ds. Służb Mundurowych. Wyboru zagadnień do przeprowadzenia planowanych kontroli świadczeniodawców dokonano na podstawie danych o:

- nietypowych zdarzeniach wskazujących na odstępstwa od rozwiązań wynikających z obowiązujących przepisów prawa lub wytycznych,
- występujących nieprawidłowościach ustalonych na podstawie dokonywanych rozliczeń świadczeń lub zgłaszanych skarg,
- innych informacji będących w posiadaniu poszczególnych komórek organizacyjnych wskazujących na ryzyko występowania ewentualnych nieprawidłowości,
- zagadnieniach /obszarach wskazywanych do uwzględnienia w planach kontroli przez Centralę NFZ.

Projekt planu kontroli zatwierdzony był przez dyrektora OW NFZ. Zatwierdzony plan (oraz każda jego zmiana) przekazywany był do wiadomości Prezesa NFZ.

(dowód: akta kontroli str.901-902,)

Plan kontroli w zakresie kontroli realizacji świadczeń (obejmujący m.in. programy lekowe) był kilkakrotnie modyfikowany – z planu usunięto realizację łącznie 7 kontroli dotyczących realizacji warunków umów zawartych z NFZ oraz wprowadzono 21 kontroli dotyczących głównie realizacji umów w zakresie świadczeń udzielanych w ramach AOS. Pierwotnie zaplanowano przeprowadzenie 21 kontroli (dot. 19 zawartych umów) w 16 podmiotach, ostatecznie plan objął 35 postępowań (33 umowy) w 30 podmiotach.

Plan kontroli obejmował również kontrole aptek i ordynacji lekarskich. Na 2015 zaplanowano łącznie 95 ordynacji lekarskich i aptek (odpowiednio po 18 i 77) takich kontroli⁵².

(dowód: akta kontroli str.695, 903-911, 938)

4.2. W roku 2015 wykonano lub przynajmniej rozpoczęto realizację każdej z zaplanowanych kontroli na rok 2015. Wystąpieniem pokontrolnym przekazanym kontrolowanemu jeszcze w 2015 r. zakończyło się 30 planowanych kontroli (plan po uwzględnieniu zmian), pozostałe przekazano w 2016 r. Oprócz kontroli planowych w 2015 r. przeprowadzono łącznie 21 kontroli doraźnych i koordynowanych realizowanych świadczeń opieki zdrowotnej. W roku 2014 łącznie przeprowadzono

⁵² Na koniec 2015 roku Oddział miał zawarte umowy z 964 świadczeniodawcami oraz 395 aptekami.

18 kontroli planowych oraz 30 kontroli doraźnych i koordynowanych. Łącznie liczba przeprowadzonych kontroli świadczeń w 2015 r. była o 16,5 % wyższa od liczby kontroli zrealizowanych w 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 932-935)

Spośród 35 kontroli planowych realizacji świadczeń badania kontrolne, zgodnie z planem, dotyczyły następujących zakresów świadczeń:

- AOS – 17 kontroli,
- leczenia szpitalnego – 12 kontroli,
- programów profilaktycznych – 4 kontrole,
- rehabilitacji leczniczej i leczenia stomatologicznego – po 1 kontroli.

Kontrole doraźne i koordynowane (łącznie 21 kontroli⁵³) dotyczyły:

- AOS – 2 kontrole,
- leczenie szpitalne – 17 kontroli, w tym 2 kontrole dotyczyły również podstawowej opieki zdrowotnej, w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej,
- rehabilitacji leczniczej – 2 kontrole, w tym 1 łącznie z leczeniem szpitalnym,
- leczenie stomatologiczne i świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze – po 1 kontroli.

(dowód: akta kontroli str. 932-935)

Najczęściej stwierdzane nieprawidłowości w toku kontroli realizacji świadczeń dotyczyły:

- nieprawidłowego wykazywania świadczeń w raportach statystycznych,
- nieprawidłowego prowadzenie dokumentacji medycznej,
- udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom przepisów prawa lub umów,
- hospitalizowanie pacjentów, w przypadku których cel leczenia mógł być osiągnięty w leczeniu ambulatoryjnym,
- nieudzielanie świadczeń w czasie i miejscu ustalonym w umowie – dotyczyło AOS.

(dowód: akta kontroli str.932-935)

Oddział, w ramach ww. kontroli planowych i doraźnych, skontrolował zasadność ujmowania świadczeń przedstawianych przez świadczeniodawców do rozliczenia, jako „ratujących życie”, w tym w 2015 r. przeprowadzono 3 kontrole ukierunkowane na to zagadnienie. W ich wyniku stwierdzono nieprawidłowości polegające na nieprawidłowym rozliczaniu bądź nieprawidłowym wykazywaniu świadczeń do rozliczenia. Niezasadne wykazanie świadczeń jako ratujących życie stwierdzono w przypadku ponad 65% kontrolowanych hospitalizacji. Skutkowało to nałożeniem na świadczeniodawców kar umownych w łącznej kwocie 29,6 tys. zł. Natomiast nieprawidłowości polegające na niezasadnym wykazaniu świadczeń w ramach hospitalizacji skutkowały dokonaniem korekt rozliczeń świadczeń na łączną kwotę 2,4 tys. zł. Ponadto kwestie realizacji procedur ratujących życie były przedmiotem również innych kontroli realizacji umów, w przypadkach gdy umowy te obejmowały również realizację procedur ratujących życie. Nieprawidłowości o największym skutku finansowym w zakresie rozliczania świadczeń wyniosły 272,9 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str.932-935)

Ponadto w 2015 r. wykonano łącznie 95 kontroli ordynacji lekarskich i aptek (odpowiednio po 18 i 77).

(dowód: akta kontroli str.932-935)

⁵³ W zależności od zakresu świadczonych umów, w ramach jednej kontroli kontrolowane były od 1 do zakresów usług

W wyniku kontroli przeprowadzonych w 2015 r.⁵⁴ zakwestionowano - w związku z nieprawidłowościami w realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - kwotę udzielanych świadczeń (zalecano korekty rozliczeń) oraz nakładano kary umowne w łącznej wysokości 1.455,1 tys.zł (1.090,9 tys. zł i 364,2 tys. zł). LOW NFZ wyegzekwował korekty rozliczeń i kary umowne w łącznej wysokości 1.265,1 tys. zł (na dzień 07.07.2016 r.). Nałożone na świadczeniodawców oraz apteki kary umowne z tytułu nienależnej refundacji oraz kary pozostałe wyniosły łącznie 188,8 tys. zł, wyegzekwowano (na dzień 07.07.2016 r.) w pełnej wysokości.

(dowód: akta kontroli str. 932-935,936-938)

Kontrolami objęto zakres świadczeń opieki zdrowotnej o łącznej wartości 311.442,0 tys. zł, tj. 19,3 % kosztów świadczeń roku 2015 .

(dowód: akta kontroli str. 689-691)

Realizacja wniosków pokontrolnych analizowana była na podstawie pisma kontrolowanego podmiotu informującego o sposobie realizacji wniosków. Pisma jednostek kontrolowanych przekazywanych do NFZ jako odpowiedź na wystąpienia pokontrolne wskazywały na realizację zaleceń pokontrolnych.

(dowód: akta kontroli str.932-935)

4.3. W ramach funkcji kontrolnych nad prawidłowością realizacji świadczeń opieki zdrowotnej, poza realizacją kontroli, o których mowa wyżej, Oddział:

- przeprowadzał wizytacje u świadczeniodawców przez zawarciem umowy o świadczenie usług opieki zdrowotnej. Wizytacje takie miały miejsce w trakcie postępowań konkursowych, przed zawarciem umów z NFZ i przeprowadzali je pracownicy Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej; przed zawarciem umów, aneksów do umów przeprowadzono wizytacje u 41 świadczeniodawców dotyczące 28 nowych umów oraz 75 wprowadzanych zakresów świadczonych na rzecz NFZ usług. Wizytacje przeprowadzane były stosownie do wymogów procedury konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych; na podstawie badanej próby kontraktowania usług ustalono, że w trakcie wizytacji w każdym przypadku potwierdzono zgodność oferty ze stanem faktycznym w badanym zakresie⁵⁵,
- dokonywał weryfikacji raportów o wykonanych świadczeniach opieki zdrowotnej przesyłanych do Oddziału przez świadczeniodawców przed dokonaniem zapłaty za świadczenia. Weryfikacja dokonywana była z wykorzystaniem Modułu Weryfikacji Świadczeń stanowiącego element Systemu Informatycznego Narodowego Funduszu Zdrowia, autorstwa KAMSOFIT SA, Moduł umożliwiał weryfikację przekazanych przez świadczeniodawców świadczeń do rozliczenia w zakresie objętym w danym momencie formułami weryfikacyjnymi. Świadczenia nie zweryfikowane pozytywnie nie podlegały zapłacie.

(dowód: akta kontroli str. 695-697, 939-959)

4.4. Plan kontroli wewnętrznych Oddziału opracowywany był na podstawie danych o procesach stanowiących zagrożenie dla realizacji zadań poszczególnych komórek organizacyjnych Oddziału, z uwzględnieniem istotności znaczenia dla realizacji zadań oraz prawdopodobieństwem wystąpienia (oszacowanych w oparciu m.in. o wyniki postępowań kontrolnych wewnętrznych i zewnętrznych z poprzednich lat, zmiany przepisów prawa i regulacji wewnętrznych).

⁵⁴ Zaliczono do nich wszystkie kontrole rozpoczęte w 2015 r.

⁵⁵ Próba obejmowała 3 postępowania o udzielenie świadczeń w ramach leczenia szpitalnego i 3 w ramach AOS

Projekt planu kontroli zatwierdzony był przez dyrektora OW NFZ. Zatwierdzony plan przekazany został do wiadomości Prezesa NFZ.

W roku 2015 zrealizowano 7 kontroli, w tym 1 kontrola dotycząca realizacji zadań przez Delegaturę NFZ w Gorzowie Wlkp. Przedmiotem kontroli były m.in. kontraktowanie świadczeń i windykacja należności za rok 2014. W ich wyniku – poza kontrolą w Delegaturze – nie stwierdzono nieprawidłowości. Nieprawidłowości w Delegaturze miały charakter formalny, dotyczyły organizacji pracy, w tym nieaktualności zakresów obowiązków, komunikacji wewnętrznej.

(dowód: akta kontroli str. 932-935)

Rada Oddziału nie podejmowała czynności kontrolnych dotyczących konkretnych obszarów działalności NFZ, w szczególności, nie powoływała zespołów mające zbadać określone zagadnienia. Bazowała na dokumentach i zestawieniach przygotowywanych przez Oddział

(dowód: akta kontroli str. 819)

4.5. Oddział analizował treść zgłaszanych skarg, prowadził postępowania wyjaśniające, a ich wyniki wykorzystywał m.in. do planowania kontroli. W 2015 r. zarejestrowano wpływ 254 skarg na działalność świadczeniodawców. Przedmiotem skarg były m.in. organizacja czasu pracy oraz jakość świadczonych usług przez świadczeniodawców. Na skargi udzielano skarżącym odpowiedzi. W wyniku ich rozpatrzenia 74 uznano za zasadne, a 153 za częściowo zasadne. W pozostałych przypadkach skargi uznano za niezasadne bądź zarzutów przedstawionych w skargach nie udało się rozstrzygnąć ze względu na różnice stanowisk skarżącego i skarżonego. W związku ze skargami przede wszystkim:

- wystosowano do świadczeniodawców pouczenia w łącznej liczbie 227,
- przeprowadzono kontrole - 3 przypadki,
- żądano zwrotu nienależnie pobranych środków – 5 przypadków.

(dowód: akta kontroli str.993-994)

Proces kontroli prawidłowości realizacji świadczeń wspierany był także przez funkcjonujący w NFZ Zintegrowany Informator Pacjenta, poprzez który świadczeniobiorcy zgłaszali sygnały o nieprawidłowościach. W roku 2015 wpłynęły 34 takie zgłoszenia, z których 18 na kwotę 5,3 tys. zł zostało potwierdzonych. Na świadczeniodawców nałożono kary w wysokości 2 tys. zł, a w 5 sprawach złożono zawiadomienia do Prokuratury⁵⁶.

(dowód: akta kontroli str.1014)

Ustalone
nieprawidłowości

Ocena cząstkowa

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

Zorganizowany przez Oddział system kontroli wspomagał ocenę prawidłowości realizacji zadań. Stworzony system kontroli świadczeniodawców tworzyły dwa elementy: kontrole bieżące realizacji umów dokonywane przede wszystkim z wykorzystaniem systemu informatycznego przed zapłatą za świadczenia oraz kontrole realizowane u świadczeniodawców i u podmiotów prowadzących apteki, planowane w oparciu o racjonalnie wybierane kryteria bądź przeprowadzane doraźnie. W ich wyniku eliminowano szereg nieprawidłowości w procesach realizacji rozliczeń świadczeń opieki zdrowotnej oraz refundacji. Kontroli wewnętrznej podlegała realizacja zadań przez poszczególne komórki organizacyjne Oddziału.

⁵⁶ Dwie sprawy są w toku a trzy zostały umorzone.

IV. Wniosek

Wniosek pokontrolny

Przedstawiając powyższe oceny wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli⁵⁷, wnosi o precyzyjne określenie w treści ogłoszeń konkursowych warunków udziału oraz zasad oceny ofert, w szczególności w przypadkach dotyczących stosowania trybu wynikającego z § 12 Zarządzenia Prezesa NFZ nr 79/2014/DSOZ z dnia 5 grudnia 2014 r.

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 Zielonej Górze.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwagi
i wykonania wniosku

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 30 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwagi i wykonania wniosku pokontrolnego oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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

Zielona Góra, dnia 15 lipca 2016 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Zielonej Górze

Kontrolerzy:
Bogumiła Leszczyńska-Konczanin
specjalista k.p.

Dyrektor
Zbysław Dobrowolski

.....
podpis

.....
podpis

Krzysztof Hofman
st. inspektor k.p.

.....
podpis

⁵⁷ Dz. U. z 2015 r. poz. 1096 oraz z 2016 r. poz. 677.

