



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Białymstoku

LBI-4101-015-03/2014
P/14/062



03167014

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/14/062 – Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Białymstoku
Kontrolerzy	Marcin Kiersnowski – starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 91426 z 30 lipca 2014 r. Andrzej Juchnicki – doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr 91476 z 2 października 2014 r. (dowód: akta kontroli str. 1-4)
Jednostka kontrolowana	Podlaski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Białymstoku, ul. Pałacowa 3, 15-042 Białystok (dalej „POW NFZ”)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Jacek Roleder – dyrektor POW NFZ ¹ (dowód: akta kontroli str. 213)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie² zapewnienie przez POW NFZ dostępu do świadczeń geriatrycznych osobom w wieku podeszłym oraz finansowanie tych świadczeń w latach 2011-2014 (I półrocze).

Uzasadnienie oceny ogólnej

Ocenę pozytywną uzasadnia w szczególności uwzględnienie w planach zakupu świadczeń geriatrycznych, coroczne zwiększanie wydatków na ten cel, monitorowanie poziomu realizacji świadczeń dla osób w wieku podeszłym³ oraz finansowanie świadczeń wykonanych ponad limit wynikający z pierwotnie zawartych umów w tych sprawach.

Ze względu na wiek pacjentów, a zatem i ograniczoną ich zdolność do samodzielnego przemieszczania się, NIK zwraca uwagę, że w okresie objętym kontrolą pogorszeniu uległ dostęp pacjentów – zwłaszcza z Łomży i z powiatu łomżyńskiego – do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, spowodowany zakontraktowaniem od 2012 roku tych świadczeń jedynie w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Białymstoku (dalej „SP ZOZ MSW w Białymstoku”), chociaż wcześniej świadczył je także Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży. W konsekwencji ze świadczeń tych w latach 2012-2014 (do końca sierpnia) w SP ZOZ MSW w Białymstoku skorzystało jedynie 29 pacjentów z tego terenu, podczas gdy tylko w 2011 roku było ich 194 w Szpitalu Wojewódzkim w Łomży i dwóch w SP ZOZ MSW w Białymstoku. Wydłużeniu uległ też średni miesięczny czas oczekiwania na ambulatoryjne i szpitalne świadczenia z zakresu geriatry. W I półroczu 2014 roku wyniósł on bowiem odpowiednio 110 i 116 dni i w porównaniu do 2011 roku wzrósł blisko 3-krotnie (o 68 i 75 dni).

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Zapewnienie osobom w wieku podeszłym dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych

Opis stanu faktycznego

W planach zakupu świadczeń na lata 2011-2014, zatwierdzonych przez dyrektora POW NFZ 31 sierpnia 2010 r., 31 sierpnia 2011 r., 21 sierpnia 2012 r. i 23 sierpnia 2013 r., wydatki na zakup świadczeń zdrowotnych dla osób w wieku podeszłym wzrastały

¹ Od 23 listopada 2006 r. Od 16 stycznia do 14 lipca 2014 r. obowiązki dyrektora POW NFZ pełniła Magdalena Borkowska.

² Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna.

³ Powyżej 65 lat.

z 6.082,35 tys. zł (0,40% świadczeń ogółem) do 7.553,38 tys. zł (0,46%), 8.016,82 tys. zł (0,47%) i do 8.231,58 tys. zł (0,48%). Przeznaczono w nich:

- na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną – świadczenia w zakresie geriatry (dalej „AOS – Geriatria”) kolejno 108,92 tys. zł, 113,51 tys. zł, 114,40 tys. zł oraz 123,78 tys. zł,
- na leczenie szpitalne w zakresie Geriatria hospitalizacja (dalej „LSZ – Geriatria”) odpowiednio 1.655,10 tys. zł, 1.757,86 tys. zł, 1.875,80 tys. zł oraz 1.875,80 tys. zł,
- na opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień w zakresie świadczenia psychogeriatryczne (dalej „OPSY – Geriatria”) kolejno 4.318,33 tys. zł, 4.888,21 tys. zł, 5.256,00 tys. zł oraz 5.022,40 tys. zł,
- na opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień w zakresie świadczenia dzienne psychiatryczne geriatryczne (dalej „OPSY – Geriatria dzienna”) 793,80 tys. zł w 2012 roku, 770,62 tys. zł w 2013 roku oraz 1.209,60 tys. zł w 2014 roku.

(dowód: akta kontroli str. 214)

W latach 2011-2014 nie planowano zakupów świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie Geriatria - hospitalizacja planowa oraz w zakresie Geriatria – leczenie jednego dnia, ponieważ – jak wyjaśnił Dyrektor POW NFZ – „*po przeanalizowaniu możliwości finansowych, dostępności do potencjału kadrowego specjalistów geriatry oraz świadczeń dostępnych w poszczególnych trybach zawierania umów w rodzaju leczenie szpitalne odstąpiono od kontraktowania świadczeń w trybie hospitalizacji jednodniowej. Tryb hospitalizacji planowej wobec możliwości zakupu świadczeń w trybie hospitalizacji zwykłej (dającej możliwość zaopatrzenia pacjenta zarówno w stanie nagłym jak i planowym oraz de facto w trybie jednodniowym) również nie był rozważany zarówno ze względu na ograniczony faktyczny dostęp pacjenta do świadczeń jak i brak potencjalnych oferentów.*”

(dowód: akta kontroli str. 4, 194-200)

Przy opracowywaniu planów zakupu świadczeń na lata 2011-2014 POW NFZ uwzględnił priorytety zdrowotne określone w § 1 pkt 12 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych⁴ (poprawa jakości i skuteczności opieki geriatrycznej nad pacjentem w wieku podeszłym), priorytety regionalne oraz wskaźniki dostępności do świadczeń geriatrycznych takie jak:

- w zakresie AOS – Geriatria: poprawa dostępności do świadczeń w 2011 roku poprzez wzrost liczby świadczeń i zabezpieczenie dostępności do świadczeń w latach 2013-2014 poprzez zaplanowanie liczby punktów rozliczeniowych odpowiadającej ilości aktualnej na dzień tworzenia planu,
- w zakresie LSZ – Geriatria: zabezpieczenie dostępności do świadczeń w latach 2011-2014 poprzez zaplanowanie liczby punktów odpowiadającej ilościowej prognozie realizacji umów,
- w zakresie OPSY – Geriatria dzienna: zabezpieczenie dostępności do świadczeń w 2011 roku poprzez zakup świadczeń dotąd nie kontraktowanych, zwiększenie dostępności w 2012 roku poprzez wzrost ilości świadczeń o 206% w stosunku do roku poprzedniego, zabezpieczenie dostępności do świadczeń w 2013 roku poprzez zaplanowanie liczby punktów odpowiadającej ilości aktualnej na dzień tworzenia planu, zwiększenie dostępności w 2014 roku przez zwiększenie ilości świadczeń o 56,97%,
- w zakresie OPSY – Geriatria: zwiększenie dostępności do świadczeń w 2012 roku poprzez wzrost nakładów o 13% w stosunku do roku poprzedniego, zwiększenie dostępności w 2013 roku przez zwiększenie liczby świadczeń o 18,10% w stosunku do umów pierwotnych z 2012 roku, zoptymalizowanie dostępności do świadczeń w 2014 roku poprzez uwzględnienie prognozy wykonania za I półrocze 2013 r. i wzrostu liczby osób w wieku powyżej 60 lat.

(dowód: akta kontroli str. 5)

W latach 2011-2014 świadczenia opieki zdrowotnej dla osób w wieku podeszłym kontraktowane były dla obszaru całego województwa i nie uległy zmianie w stosunku do poprzednio obowiązujących umów na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w tych zakresach. Z wyjaśnień dyrektora POW NFZ wynika, że taki obszar kontraktowania

⁴ Dz. U. Nr 137, poz. 1126.

podyktowany był: ograniczoną liczbą potencjalnych oferentów oraz lekarzy specjalistów geriatry i psychiatrów zorientowanych na prace z osobami w podeszłym wieku, a także wysokospecjalistycznym charakterem świadczeń geriatrycznych. Ponadto dyrektor POW NFZ wyjaśnił, że: „w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień oraz leczenie szpitalne ustalenie obszarem kontraktowania województwa dało możliwość składania ofert wszystkim potencjalnym oferentom – z całego województwa i ich przyjęcie niezależnie od konkretnego miejsca funkcjonowania, a co za tym idzie efektywne wykorzystanie środków finansowych i generalnie zabezpieczenie dostępu do świadczeń. Jedyne bardziej rozbudowana sieć jednostek umożliwia ustalenie racjonalne i efektywne obszarów kontraktowania mniejszych niż województwo aby zmniejszyć potencjalny dystans pomiędzy miejscem zamieszkania pacjenta a miejscem udzielania danego świadczenia. W rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna z uwagi na fakt, iż wartość realizowanych świadczeń w zakresie geriatry w latach 2009-2010 wynosiła ogółem około 90 tys. zł rocznie, przy dużym zróżnicowaniu poziomu realizacji przez poszczególnych świadczeniodawców (odnotowywano jednocześnie nierealizacje zawartych umów w tym zakresie), zaplanowano na lata 2011–2014 obszar kontraktowania na woj. podlaskie, co pozwala na zabezpieczenie dostępności do świadczeń wszystkim mieszkańcom oraz racjonalne wykorzystanie środków finansowych w stosunku do potencjału wykazanego do realizacji umowy”.

(dowód: akta kontroli str. 6, 194-200)

Na podstawie umów zawartych przez POW NFZ, świadczenia opieki zdrowotnej w latach 2011-2014 (do 31 sierpnia) udzielało w zakresie:

- AOS – Geriatria: w 2011 roku SP ZOZ MSW w Białymstoku i Szpital Wojewódzki w Łomży, a w latach 2012-2014 SP ZOZ MSW w Białymstoku,
- LSZ – Geriatria: SP ZOZ MSW w Białymstoku,
- OPSY – Geriatria dzienna: od kwietnia do grudnia 2011 roku Podlaskie Centrum Psychogeriatry w Białymstoku, a w latach 2012-2014 Podlaskie Centrum Psychogeriatry w Białymstoku, Centrum Zdrowia Psychicznego Leszczynowa w Białymstoku oraz Specjalistyczny Psychiatryczny SP ZOZ w Suwałkach,
- OPSY – Geriatria: Specjalistyczny Psychiatryczny SP ZOZ w Suwałkach oraz SP Psychiatryczny ZOZ im. dr. Stanisława Deresza w Choroszczu.

(dowód: akta kontroli str. 6, 24-39)

W latach 2011-2014 (do 30 czerwca) POW NFZ otrzymywał od Wojewody Podlaskiego wnioski i ustalenia wynikające z rocznych raportów konsultantów wojewódzkich z poszczególnych dziedzin medycyny. W zakresie geriatry podniesiono w nich m.in., że:

- dostęp do świadczeń geriatrycznych jest ograniczony, mimo zwiększającej się liczby specjalistów,
- z uwagi na starzenie się populacji rośnie średnia wieku pacjentów geriatrycznych,
- kolejka do świadczeniodawcy ulega wydłużeniu,
- od 2012 roku funkcjonuje tylko jedna poradnia geriatryczna,
- zasoby kadry geriatrycznej pozwalałyby na otwarcie poradni geriatrycznych w Augustowie, Białymstoku, Bielsku Podlaskim, Hajnówce i w Łomży,
- rośnie zapotrzebowanie na świadczenia geriatryczne,
- głównym czynnikiem ograniczającym dostępność do świadczeń geriatrycznych jest brak rzetelnej wyceny świadczeń w opiece ambulatoryjnej i niedostateczna ich wycena w opiece szpitalnej,
- z uwagi na oszacowanie świadczeń geriatrycznych niżej niż analogiczne poradnie specjalistyczne, specjaliści geriatry otwierają dodatkowe specjalizacje, by mieć szansę zatrudnienia w lepiej opłacanych specjalizacjach,
- zwiększenie dostępności ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w geriatry można upatrywać w refundowaniu procedury Całościowej Oceny Geriatrycznej w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej.

(dowód: akta kontroli str. 8-23)

W odpowiedzi na ww. wnioski POW NFZ wskazał m.in., że mogą one stanowić podstawę do analiz dokonywanych przez POW NFZ, celem poprawy dostępności do świadczeń. Dyrektor POW NFZ wyjaśnił, że „opinie konsultantów były i są nadal brane pod uwagę i analizowane każdorazowo przy tworzeniu planów zakupu pod kątem zarówno kompetencji POW NFZ np. odnośnie przestrzennej, czy czasowej dostępności do poszczególnych świadczeń oraz – o ile zawierają uwagi pozostające poza gestią POW NFZ – przekazywane są odpowiednim instytucjom.” (dowód: akta kontroli str. 8-23, 194-200)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Uwagi dotyczące
badanej działalności

NIK zwraca uwagę, że średni miesięczny czas oczekiwania na udzielenie świadczeń w zakresie AOS – Geriatria w województwie podlaskim wzrósł z 42 w 2011 roku do 110 dni w I połowie 2014 roku, a w zakresie LSZ – Geriatria z 41 do 116 dni. Średni miesięczny czas oczekiwania na świadczenia w zakresie OPSY – Geriatria dzienna w 2014 roku (do 30 czerwca) wynosił 17 dni, podczas gdy w 2011 roku tylko 1 dzień, a w 2012 i 2013 roku świadczenia te były udzielane na bieżąco. Na bieżąco udzielano zaś świadczeń w zakresie OPSY – Geriatria. (dowód: akta kontroli str. 7)

Dyrektor POW NFZ wyjaśnił, że przyczyn wzrostu czasu oczekiwania można dopatrywać – cytując konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie geriatry – w potrzebie zarezerwowania na wizytę minimum 30 minut, a także w większej liczbie wystawianych skierowań przez lekarzy innych specjalności do poradni, czy wydłużaniu się czasu porady ze względu na stan zdrowia oraz wiek pacjentów, a także w ograniczonej liczbie specjalistów, powodującej brak możliwości organizacji dłużej działających poradni i nowych oddziałów szpitalnych. Dyrektor dodał, że z przeprowadzanych przez POW NFZ analiz wynika m.in., iż w zakresie OPSY – Geriatria dzienna w przypadku jednego świadczeniodawcy występuje czas oczekiwania, natomiast w przypadku dwóch świadczeniodawców brak jest osób oczekujących w kolejce. W związku z powyższym świadczeniobiorcy mogą na bieżąco korzystać ze świadczeń w tym zakresie. (dowód: akta kontroli str. 194-200)

NIK zwraca również uwagę, że niezakontraktowanie w latach 2012-2014 świadczeń z zakresu AOS – Geriatria w Szpitalu Wojewódzkim w Łomży⁵ miało wpływ na dostępność do tych świadczeń dla pacjentów z Łomży i powiatu łomżyńskiego. W 2011 roku w Szpitalu Wojewódzkim w Łomży i SP ZOZ MSW w Białymstoku ze świadczeń z zakresu AOS – Geriatria skorzystało bowiem odpowiednio 230 i 990 osób, w tym 194 i dwóch zamieszkujących w Łomży i w powiecie łomżyńskim, podczas gdy w latach 2012-2014 (do końca sierpnia) w SP ZOZ MSW w Białymstoku udzielono ich kolejno 2.336, 2.178 i 1.451 pacjentom, w tym 1.983, 1.856 i 1.219 z Białegostoku i powiatu białostockiego⁶ oraz tylko 12, 10 i siedmiu zamieszkałym w Łomży i powiecie łomżyńskim.

(dowód: akta kontroli str. 217-221)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie zapewnienie osobom w wieku podeszłym dostępu do świadczeń geriatrycznych finansowanych ze środków publicznych.

2. Finansowanie świadczeń zdrowotnych dla osób w wieku podeszłym

Opis stanu
faktycznego

2.1. W latach 2011-2014 (I półrocze) wartość świadczeń geriatrycznych wynikająca z pierwotnie zawartych umów przez POW NFZ wynosiła kolejno 6.270,10 tys. zł, 7.084,47 tys. zł, 8.009,52 tys. zł oraz 3.639,69 tys. zł, w tym:

- w zakresie AOS – Geriatria: 102,28 tys. zł (11.364 punktów rozliczeniowych), 102,16 tys. zł (12.612 punktów), 107,14 tys. zł (13.227 punktów) i 56,19 tys. zł (6.937 punktów),
- w zakresie LSZ – Geriatria: 1.655,10 tys. zł (32.453 punktów), 1.757,86 tys. zł (33.805 punktów), 1.875,77 tys. zł (36.073 punktów) i 937,92 tys. zł (18.073 punktów),
- w zakresie OPSY – Geriatria dzienna: 194,40 tys. zł (21.600 punktów), 773,89 tys. zł (88.200 punktów), 770,62 tys. zł (88.200 punktów) i 426,42 tys. zł (48.836 punktów),

⁵ Postępowanie konkursowe, w wyniku którego doszło do takiego rozstrzygnięcia przedstawiono w pkt 2.1 wystąpienia.

⁶ Od 84% do 85,2% ogółu pacjentów Poradni Geriatrycznej SP ZOZ MSW w Białymstoku.

- w zakresie OPSY – Geriatria: 4.318,32 tys. zł (442.451 punktów), 4.450,56 tys. zł (445.056 punktów), 5.256,00 tys. zł (525.600 punktów) i 2.219,16 tys. zł (221.916 punktów). (dowód: akta kontroli str. 24-39)

W wyniku wprowadzenia zmian do zawartych umów, wartość świadczeń w zakresie geriatry w stosunku do pierwotnie zakontraktowanej wzrosła w 2011 roku do 6.831,07 tys. zł (o 8,9%), w 2012 roku do 7.662,29 tys. zł (o 8,2%), a w I półroczu 2014 roku do 3.829,30 tys. zł (o 5,2%), zaś w 2013 roku zmalała do 7.615,20 tys. zł (o 4,9%). Ostateczna wartość zakontraktowanych świadczeń wynosiła w kolejnych latach objętych kontrolą:

- w zakresie AOS – Geriatria: 91,15 tys. zł (10.128 punktów), 117,22 tys. zł (14.472 punktów), 94,07 tys. zł (11.614 punktów), 56,19 tys. zł (6.937 punktów),
- w zakresie LSZ – Geriatria: 1.664,21 tys. zł (32.963 punktów), 1.801,39 tys. zł (34.642 punktów), 1.920,00 tys. zł (36.923 punktów), 937,92 tys. zł (18.037 punktów),
- w zakresie OPSY – Geriatria dzienna: 358,97 tys. zł (39.910 punktów), 823,76 tys. zł (94.276 punktów), 874,88 tys. zł (100.111 punktów), 480,69 tys. zł (55.007 punktów),
- w zakresie OPSY – Geriatria: 4.716,74 tys. zł (483.661 punktów), 4.919,92 tys. zł (491.992 punktów), 4.726,25 tys. zł (472.625 punktów), 2.354,50 tys. zł (235.450 punktów). (dowód: akta kontroli str. 24-39)

W 2011 roku w POW NFZ przeprowadzono pięć postępowań konkursowych na udzielanie świadczeń geriatrycznych, w tym:

- w zakresie AOS – Geriatria: w listopadzie 2011 roku ogłoszono konkurs na udzielanie świadczeń w latach 2012-2014, na który wpłynęły cztery oferty (trzech świadczeniodawców z Białegostoku i jednego z Łomży). W wyniku rozstrzygnięcia konkursu wybrana została oferta SP ZOZ MSW w Białymstoku, która uzyskała największą ilość punktów. Z pozostałymi oferentami umów nie podpisano, uzasadniając to wyczerpaniem środków finansowych zaplanowanych na te świadczenia;
- w zakresie LSZ – Geriatria: w listopadzie 2011 roku został ogłoszony konkurs na udzielanie świadczeń w latach 2012-2016. W postępowaniu wpłynęła oferta SP ZOZ MSW w Białymstoku, z którym podpisano umowę;
- w zakresie OPSY – Geriatria dzienna: w lutym 2011 roku został ogłoszony konkurs na udzielanie świadczeń od 1 kwietnia do 31 grudnia 2011 r., a w październiku 2011 roku na świadczenia w latach 2012-2014. W pierwszym postępowaniu ofertę złożyło Podlaskie Centrum Psychogeriatry w Białymstoku, a w drugim – także Centrum Zdrowia Psychicznego Leszczynowa w Białymstoku oraz Specjalistyczny Psychiatryczny SP ZOZ w Suwałkach, z którymi podpisano umowy;
- w zakresie OPSY – Geriatria: w listopadzie 2011 roku został ogłoszony konkurs na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w latach 2012-2016. W postępowaniu konkursowym ofertę złożyło dwóch świadczeniodawców (Specjalistyczny Psychiatryczny SP ZOZ w Suwałkach i SP Psychiatryczny ZOZ im. dr. Stanisława Deresza w Choroszcy), z którymi podpisano umowy. (dowód: akta kontroli str. 40-44)

W żadnym postępowaniu konkursowym POW NFZ nie stwierdził podania przez oferentów nieprawdy w ofertach. (dowód: akta kontroli str. 189-193)

Przy rozliczaniu umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych POW NFZ stosował zasady ustalone w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych⁷, rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych⁸ i zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w poszczególnych rodzajach, które

⁷ Dz. U. Nr 81, poz. 484.

⁸ Dz. U. z 2013 r., poz. 1447.

określają m.in. zasady sprawozdawania, rozliczania i finansowania świadczeń. Rozliczeń dokonywano na podstawie raportów statystycznych i rachunków przekazywanych przez świadczeniodawców. (dowód: akta kontroli str. 45-46)

Analiza danych wynikających z raportów statystycznych za II półrocze 2013 r. wykazała, że:

- automatyczna walidacja i weryfikacja obejmowała sprawdzenie po około 237 różnego rodzaju błędów,
- najczęstszymi błędami na etapie walidacji były: przekazanie niewłaściwego okresu finansowania zestawu świadczeń dla danego tytułu uprawnień, względem dokumentu elektronicznego potwierdzającego uprawnienia, brak kodu ICD 9 oraz błędny miesiąc sprawozdawczy w kontekście schematu rozliczeniowego,
- najczęstszymi błędami na etapie weryfikacji były: przekroczenie limitu wykonanych świadczeń dla danego pacjenta w ramach świadczeniodawcy, nieprawidłowe sumowanie świadczeń AOS (w tym samym dniu w ramach świadczeniodawcy), wielokrotne wykonywanie świadczenia w tym samym dniu u tego samego świadczeniodawcy, wykazanie świadczenia ambulatoryjnego w czasie hospitalizacji pacjenta, brak odpowiedniego kodu ICD 9, nakładanie się świadczeń rozliczanych osobodniami oraz niezgodność wieku pacjenta z opisem świadczenia,
- na 319.682 zadeklarowanych świadczeń o wartości 3.848,80 tys. zł udzielonych osobom w wieku podeszłym, błędy ostateczne (niepoprawione przez świadczeniodawców) dotyczyły 14 świadczeń o wartości 1,09 tys. zł. (dowód: akta kontroli str. 45-46)

W latach 2011-2014 (do 30 czerwca) POW NFZ nie korzystał z możliwości zwrócenia się bezpośrednio do świadczeniobiorców o informację w zakresie świadczeń geriatrycznych, udzielonych przez świadczeniodawców, tj. z uprawnień określonych w art. 192a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁹. W POW NFZ nie prowadzono także spraw wszczętych na podstawie skarg lub interwencji świadczeniobiorców związanych z nieprawidłowościami przy udzielaniu świadczeń geriatrycznych. (dowód: akta kontroli str. 189-193)

2.2. Roczne projekty planów kontroli na lata 2011-2014 sporządzane były w POW NFZ przez zespół ds. opracowania planu kontroli na podstawie propozycji przedstawionych przez poszczególne komórki organizacyjne oraz wytycznych Prezesa NFZ. Projekty te były następnie zatwierdzane przez dyrektora POW NFZ i przekazywane do Centrali NFZ do 31 grudnia danego roku, zgodnie z § 40 ust. 5 zarządzenia Prezesa NFZ z dnia 13 maja 2009 r. w sprawie planowania, przygotowania i prowadzenia postępowania kontrolnego oraz realizacji wyników kontroli. (dowód: akta kontroli str. 47-49)

W okresie objętym kontrolą u pięciu świadczeniodawców przeprowadzono siedem kontroli prawidłowości udzielania świadczeń osobom w wieku podeszłym, w tym jedną doraźną, trzy planowe i trzy zgodności złożonych ofert. I tak:

- w wyniku doraźnej kontroli prawidłowości realizacji przez SP ZOZ MSW w Białymstoku świadczeń w zakresie AOS – Geriatria stwierdzono nieprawidłowości dotyczące m.in.: nieudzielania świadczeń w dniach 24-25 stycznia 2012 r., braku informacji o godzinach pracy pielęgniarki oraz o godzinach i miejscach udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach świadczeń, w wyniku czego nałożono karę umowną w wysokości 562 zł;
- w wyniku planowej kontroli prawidłowości realizacji przez SP ZOZ MSW w Białymstoku świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju Leczenie Szpitalne w latach 2009-2010, w tym w zakresie LSZ – Geriatria, stwierdzono m.in.:
 - prowadzenie dokumentacji medycznej sześciu pacjentów niezgodnie z § 5 ust. 2 oraz § 14 ust. 1 pkt. 3 i ust. 4 rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 25 października 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu oraz sposobu przetwarzania dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej utworzonych przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych¹⁰ (w indywidualnych kartach zleceń i konsultacji brakowało danych identyfikujących pacjenta, wpisu

⁹ Dz. U z 2008 r., Nr 164, poz. 1027 ze zm.

¹⁰ Dz. U. Nr 217, poz. 1614. Rozporządzenie utraciło moc z dniem 1.01.2011 r.

- potwierdzającego zlecenie badań diagnostycznych i leków, adnotacji o wykonaniu badania i podpisów lekarza zlecającego badanie i osoby realizującej zlecenie),
- rozliczenie dwóch hospitalizacji niezgodnie z § 25 pkt 1 i 9 zarządzenia Nr 93/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne (do rozliczenia pobytu w Szpitalu wykazano dwie grupy świadczeń zamiast jednej i rozliczono dwa świadczenia z danej grupy świadczeń, mimo że odstęp między pobytami pacjenta w Szpitalu nie przekroczył 14 dni). W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami (dotyczącymi także świadczeń innych niż objęte kontrolą NIK) na świadczeniodawcę nałożono 46,55 tys. zł kary umownej oraz nakazano zwrot 52,58 tys. zł (w tym 6,43 tys. zł dotyczących LSZ – Geriatria);
 - w wyniku planowej kontroli prawidłowości realizacji przez Centrum Zdrowia Psychicznego Leszczynowa w Białymstoku świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w latach 2012-2013, w tym w zakresie OPSY – Geriatria dzienna, stwierdzono m.in.: brak informacji o zasadach zapisów na porady i wizyty udzielane w warunkach domowych oraz widocznej z zewnątrz budynku informacji o godzinach i miejscach udzielania świadczeń, a także niepodawanie w wykazach tematów prowadzonych sesji, co naruszało §§ 11 i 28 zarządzenia Nr 65/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. W związku z nieprawidłowościami na świadczeniodawcę nałożono 12,00 tys. zł kary umownej oraz nakazano zwrot 11,4 tys. zł;
 - w wyniku planowej kontroli prawidłowości realizacji przez SP Psychiatrycznym ZOZ im. dr. Stanisława Deresza w Choroszcy świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w latach 2009–2010, w tym w zakresie OPSY – Geriatria, stwierdzono m.in.: prowadzenie dokumentacji medycznej pacjenta niezgodnie z § 23 pkt 2 i 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresów dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania¹¹ (niepodanie w księdze chorych godzin przyjęcia i wypisu) oraz rozliczenie trzech hospitalizacji niezgodnie z § 26 ust. 1 zarządzenia nr 83/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (rozliczenie świadczeń udzielanych po upływie maksymalnego czasu pobytu w Szpitalu dla określonego rozpoznania w wysokości 100%, zamiast 70% wartości jednostki rozliczeniowej). W związku z nieprawidłowościami na świadczeniodawcę nałożono 84,93 tys. zł kary umownej oraz nakazano zwrot 11,00 tys. zł (w tym 5,64 tys. zł dotyczących OPSY – Geriatria);
 - nieprawidłowości nie wykazały kontrole zgodności ofert złożonych do konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie OPSY – Geriatria dzienna, przeprowadzone w Podlaskim Centrum Psychogeriatry w Białymstoku, Centrum Zdrowia Psychicznego Leszczynowa w Białymstoku oraz Specjalistycznym Psychiatrycznym SP ZOZ w Suwałkach. (dowód: akta kontroli str. 47-53, 201)

W trakcie trwania konkursu na udzielanie od 1 kwietnia do 31 grudnia 2011 r. świadczeń w zakresie OPSY – Geriatria dzienna skontrolowano także oferenta, który zadeklarował spełnianie wymogów udzielania świadczeń od dnia zawarcia umowy, a nie w dniu złożenia oferty (co uczynili pozostali oferenci). Obowiązek kontroli wynikał z Procedury konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. (dowód: akta kontroli str. 54, 215-216)

2.3. Zgodnie z regulaminem organizacyjnym POW NFZ¹², do zadań Działu Monitorowania, Analiz i Planowania Świadczeń w Wydziale Świadczeń Opieki Zdrowotnej należała analiza realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w oparciu o zweryfikowane

¹¹ Dz. U. Nr 247, poz. 1819 ze zm. Rozporządzenie utraciło moc z dniem 1.01.2011 r.

¹² Od 1 lipca 2010 r. do 14 listopada 2013 r. obowiązywał regulamin organizacyjny POW NFZ nadany zarządzeniem nr 50 Dyrektora POW NFZ z dnia 1 lipca 2010 r., a od 15 listopada 2013 r. obowiązuje regulamin nadany zarządzeniem nr 45 Dyrektora POW NFZ z dnia 8 listopada 2013 r.

raporty statystyczne w poszczególnych rodzajach świadczeń oraz opracowywanie okresowych analiz na podstawie przekazywanych przez świadczeniodawców danych statystycznych. Z kolei do Działu Planowania i Analiz Ekonomicznych w Wydziale Ekonomiczno-Finansowym należała analiza wykonania planu finansowego POW NFZ w zakresie kosztów świadczeń zdrowotnych. (dowód: akta kontroli str. 64-67)

W POW NFZ nie wprowadzono pisemnej procedury dotyczącej analizy poziomu wykonania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (wg dyrektora POW NFZ za wystarczające uznano zapisy w regulaminie organizacyjnym POW NFZ). Analizy te były przeprowadzane raz w miesiącu. Sporządzane zestawienie poziomu realizacji umów umożliwiało analizę wg różnej struktury (np.: wg świadczeniodawców, rodzaju lub zakresu świadczeń).

(dowód: akta kontroli str. 64-68, 194-200)

W wyniku analiz poziomu wykonania zakontraktowanych świadczeń geriatrycznych, w POW NFZ sporządzono w trakcie okresów rozliczeniowych 41 aneksów do umów, dotyczących zmiany warunków rzeczowo-finansowych, w tym 25 zwiększających i 16 zmniejszających środki finansowe na świadczenia geriatryczne. Analizy te wykorzystywano także przy prognozowaniu realizacji świadczeń oraz przy sporządzaniu propozycji finansowych na następne okresy rozliczeniowe. (dowód: akta kontroli str. 69-143)

2.4. W latach 2011-2014 (I półrocze) nadwykonania świadczeń opieki zdrowotnej dla osób w wieku podeszłym wyniosły kolejno 12,18% (751,46 tys. zł), 26,78% (883,28 tys. zł), 5,62% (148,63 tys. zł), 12,33% (301,06 tys. zł) wartości pierwotnie zawartych umów. I tak:

- w zakresie AOS – Geriatria: w 2012 roku nadwykonania wyniosły 14,75% (15,07 tys. zł i 1.860 jednostek rozliczeniowych) i zostały w całości opłacone przez POW NFZ,
- w zakresie LSZ – Geriatria: w latach 2011-2013 nadwykonania wyniosły odpowiednio 0,43% (7,14 tys. zł i 510 jednostek), 2,48% (43,53 tys. zł i 837 jednostek) i 2,36% (44,20 tys. zł i 850 jednostek) i zostały opłacone przez POW NFZ w 100%,
- w zakresie OPSY – Geriatria dzienna: w latach 2011-2014 (I półrocze) nadwykonania, wynoszące kolejno 84,66% (164,57 tys. zł i 18.310 jednostek), 15,37% (77,11 tys. zł i 9.116 jednostek), 13,55% (104,43 tys. zł i 11.931 jednostek) i 17,73% (39,52 tys. zł i 4.491 jednostek), wystąpiły odpowiednio u jednego, dwóch, trzech i jednego świadczeniodawcy i zostały opłacone na poziomie od 99,26% do 100%,
- w zakresie OPSY – Geriatria: w latach 2011-2012 i w 2014 roku (I półrocze) nadwykonania, wynoszące kolejno 13,43% (579,75 tys. zł i 59.622 jednostek), 79,79% (747,57 tys. zł i 74.757 jednostek), 11,79% (261,54 tys. zł i 26.154 jednostek), wystąpiły u odpowiednio dwóch, jednego i dwóch świadczeniodawców. POW NFZ Specjalistycznemu Psychiatrycznemu SP ZOZ w Suwałkach opłacił nadwykonania na poziomie wynoszącym w kolejnych latach 89,51%, 100,0% i 86,26%, a SP Psychiatrycznemu ZOZ im. dr. Stanisława Deresza w Choroszczy na poziomie 99,92% w 2011 roku i 100% za I półrocze 2014 roku. Niższy poziom sfinansowania nadwykonań dla Specjalistycznego Psychiatrycznego SP ZOZ w Suwałkach w 2011 roku i w I półroczu 2014 roku wynikał z liczby łóżek wpisanych w rejestrze podmiotów leczniczych oraz z potencjału personelu. (dowód: akta kontroli str. 24-39)

Przy rozliczaniu nadwykonań zrealizowanych w latach 2011-2013 POW NFZ przestrzegał zasad ustalonych w zarządzeniach dyrektora POW NFZ¹³. W 2011 roku podstawą ich finansowania były ugody pozasądowe, zaś w przypadku pozostałych – aneksy do umów, zawarte na podstawie § 43 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

(dowód: akta kontroli str. 144-188)

¹³ Zarządzenie Nr 25 dyrektora POW NFZ z 13 lutego 2011 r. w sprawie szczegółowych zasad realizacji zadań związanych z zawieraniem ugód pozasądowych do umów z 2011 roku, zarządzenie Nr 6 dyrektora POW NFZ z dnia 6 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad realizacji zadań związanych z zawieraniem ugód pozasądowych/aneksów rozliczających do umów obowiązujących w 2012 roku i zarządzenie Nr 5 dyrektora POW NFZ z dnia 17 stycznia 2014 r. w tej samej sprawie.

Wartość niewykonanych świadczeń zdrowotnych z zakresu geriatry w latach 2011-2014 (I półrocze) wyniosła kolejno 11,74% (12,01 tys. zł), 7,65% (289,76 tys. zł), 10,21% (547,61 tys. zł), 6,15% (73,61 tys. zł) wartości umów pierwotnych. Wystąpiły one:

- w 2011 roku u obu świadczeniodawców w zakresie AOS – Geriatria,
- w 2012 roku u jednego (z trzech) świadczeniodawcy w zakresie OPSY – Geriatria dzienna i jednego (z dwóch) świadczeniodawcy w zakresie OPSY – Geriatria,
- w 2013 roku u jednego świadczeniodawcy w zakresie AOS – Geriatria oraz u obu świadczeniodawców w zakresie OPSY – Geriatria,
- w I połowie 2014 roku u jednego świadczeniodawcy w zakresach: AOS – Geriatria i LSZ – Geriatria oraz u dwóch (z trzech) w zakresie OPSY – Geriatria dzienna.

Wartość niewykonanych świadczeń u poszczególnych świadczeniodawców wynosiła od 1,10% do 19,12% wartości umów pierwotnych. (dowód: akta kontroli str. 24-39)

Dyrektor POW NFZ wyjaśnił, że „POW NFZ nie są znane konkretne i pewne przyczyny niepełnej realizacji umów przez świadczeniodawców w jakichkolwiek rodzajach i zakresach. Tworząc plan zakupu na dany okres POW NFZ posługuje się wiedzą analityczną z bieżąco realizowanych umów, deklaracji potencjalnych nowych oferentów, informacji od pacjentów, konsultantów, publikacji instytucji działających w sektorze opieki zdrowotnej, przepisów m.in. rozporządzeń ministerstwa zdrowia itp. Odnotowywany poziom niewykonania umów we wskazanych latach i zakresach nie był w ocenie POW NFZ na tyle istotny, aby podejmować interwencje w obszarze czy to długoterminowego planowania, czy też doraźnych działań kontrolnych.” (dowód: akta kontroli str. 194-200)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działania POW NFZ w zakresie finansowania świadczeń geriatrycznych.

IV. Pozostałe informacje i pouczenia

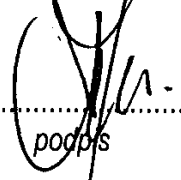
Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

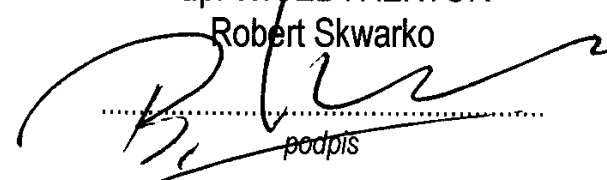
Zgodnie z art. 54 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹⁴ kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Białymstoku.

Białystok, dnia 14 października 2014 r.

Kontroler,
Andrzej Juchnicki
Doradca ekonomiczny


.....
podpis

DYREKTOR DELEGATURY
Najwyższej Izby Kontroli w Białymstoku
z up. WIGEDYREKTOR

Robert Skwarko

.....
podpis

¹⁴ Dz. U. z 2012 r., poz. 82. ze zm.

