



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Białymstoku

LBI-4101-021-01/2014

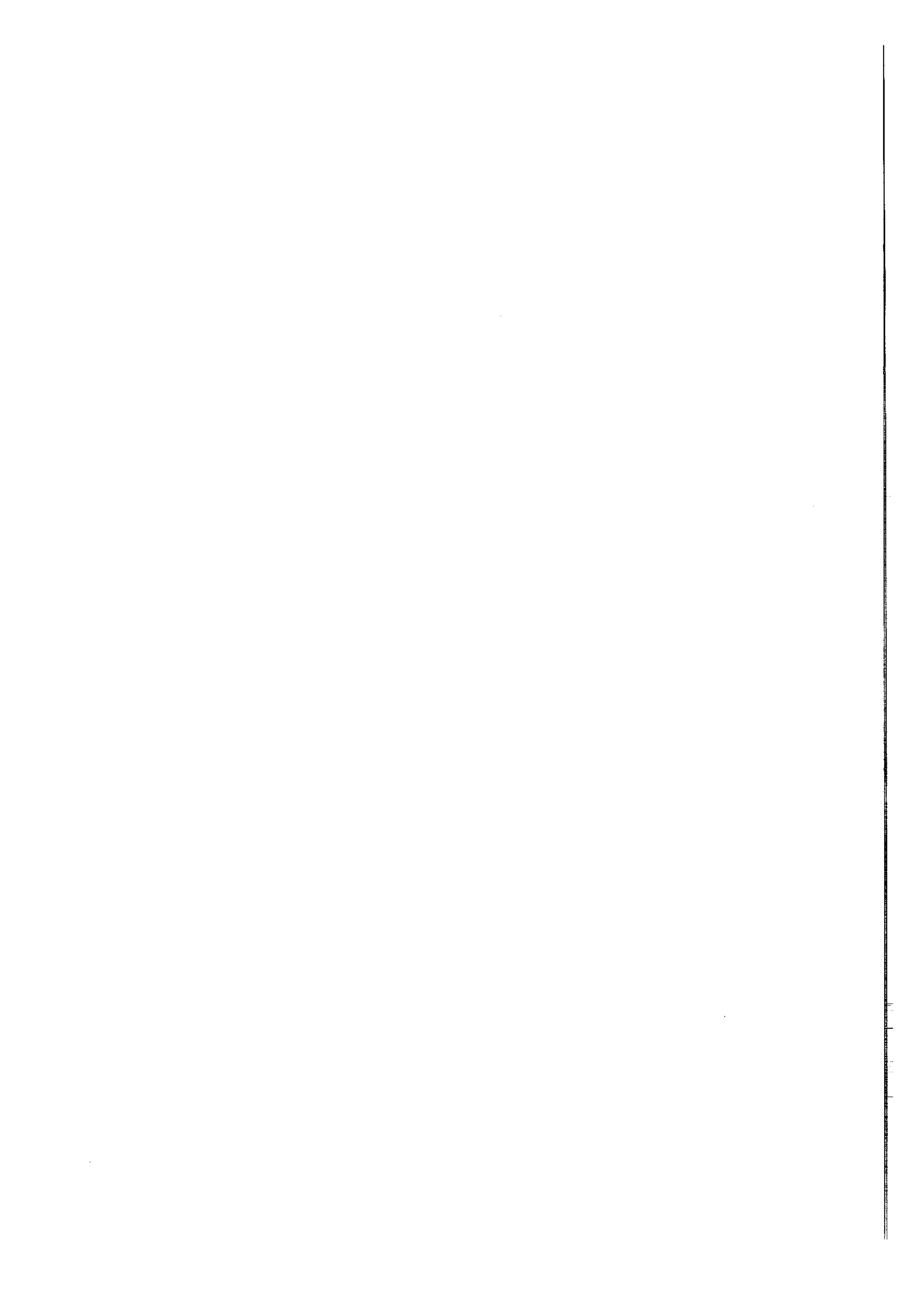
P/14/063



04516414

# 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](mailto:lbi@nik.gov.pl)



## I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli

P/14/063 – Funkcjonowanie podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych

Jednostka  
przeprowadzająca  
kontrolę

Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Białymstoku

Kontrolerzy

Tomasz Suchowierski – główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 91432 z 29 sierpnia 2014 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)

Jednostka  
kontrolowana

Podlaski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Białymstoku, ul. Palacowa 3, 15-042 Białystok (dalej: POW NFZ)

Kierownik jednostki  
kontrolowanej

Jacek Roleder – dyrektor POW NFZ<sup>1</sup> (dowód: akta kontroli str. 3)

## II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie<sup>2</sup> działania podejmowane przez POW NFZ w celu zapewnienia dostępu do świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej oraz do kardiologicznej i diabetologicznej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a także finansowanie tych świadczeń w latach 2012-2014 (I półrocze).

Uzasadnienie  
oceny ogólnej

Ocenę pozytywną uzasadnia w szczególności zakontraktowanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej oraz kardiologicznych i diabetologicznych świadczeń ambulatoryjnych na terenie całego województwa podlaskiego oraz coroczne zwiększanie wydatków na ten cel i liczby punktów rozliczeniowych zakontraktowanych na oba świadczenia ambulatoryjne. W celu racjonalnego wykorzystania środków finansowych, monitorowano poziom realizacji umów zawartych na realizację kontrolowanych świadczeń oraz finansowano świadczenia wykonane ponad limity ustalone w pierwotnie zawartych umowach. W rezultacie w województwie podlaskim liczba świadczeń diabetologicznych i kardiologicznych przypadających na 10 tys. mieszkańców znacznie przekraczała średnią krajową.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca jednak uwagę, że działania podejmowane przez POW NFZ nie wpłynęły na poprawę dostępności do świadczeń kardiologicznych i diabetologicznych (mierzonej liczbą oczekujących i czasem oczekiwania). Nie miało na to też wpływu wprowadzenie lekarzom POZ stawki kapitałowej w potrójnej wysokości za pacjentów przewlekle chorych na cukrzycę i choroby układu krążenia, mimo że objęto ją w latach 2012-2014 (I połowa) kolejno 208.674, 208.835 i 181.835 osób i na ten cel wydatkowano 90.959,4 tys. zł. Czas oczekiwania na uzyskanie świadczenia kardiologicznego wzrósł bowiem z 97 dni w 2012 roku do 104 dni w I półroczu 2014 roku, a średnia liczba oczekujących ze 179 do 197 osób. Z kolei czas oczekiwania na świadczenie diabetologiczne wzrósł z 20 do 34 dni, a liczba oczekujących z 35 do 83 osób. Dane te jednak nie przedstawiają faktycznej dostępności do tych świadczeń. Z ustaleń kontroli przeprowadzonych u świadczeniodawców wynika bowiem, że nie zawsze przedstawiali oni rzetelne dane o liczbie oczekujących i czasie oczekiwania na świadczenia medyczne.

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

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

### III. Opis ustalonego stanu faktycznego

#### 1. Zapotrzebowanie na świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

Opis stanu faktycznego

1.1. Podczas określania na lata 2012-2014 zapotrzebowania na świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (zwane dalej odpowiednio: POZ i AOS) wykorzystywano:

- dane epidemiologiczne Głównego Urzędu Statystycznego oraz opracowania i analizy demograficzne sporządzone przez Wojewódzki Urząd Statystyczny w Białymstoku;
- analizy i dane, będące w posiadaniu POW NFZ, w szczególności: [1] analizę korzystania przez pacjentów ze świadczeń opieki zdrowotnej i rozkładu indywidualnych wydatków NFZ związanych z finansowaniem tych świadczeń, [2] liczbę świadczeń wynikającą z wykonania za I półrocze 2011 roku, 2012 roku i 2013 roku oraz [3] informacje przekazywane przez świadczeniodawców z uwzględnieniem deklaracji nowych podmiotów gotowych do realizacji świadczeń w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawieranych z NFZ;
- aktualne warunki udzielania świadczeń, określone w aktach prawnych;
- przy określaniu zapotrzebowania na 2014 rok wykorzystano również zbiorcze zestawienie przekazane przez Centralę NFZ, obrazujące plany zakupów Oddziałów Wojewódzkich NFZ na rok 2012 i 2013, według rodzajów, zakresów oraz nakładów i w przeliczeniu na 10.000 mieszkańców. W województwie podlaskim średnia liczba świadczeń w zakresie diabetologii i kardiologii na 10.000 mieszkańców była wyższa niż średnia krajowa, dlatego też – określając zapotrzebowanie na 2014 rok – przyjęto liczbę świadczeń na poziomie umów obowiązujących w 2013 roku;
- priorytet centralny, ogólnopolski i regionalny jakim było w AOS zwiększenie dostępności do świadczeń oraz priorytet regionalny na 2013 i 2014 rok w zakresie POZ, jakim było utrzymanie świadczeń na poziomie nie niższym, niż w roku wcześniejszym.

(dowód: akta kontroli str. 4-31)

Ponadto, przy sporządzaniu planu zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych w zakresie POZ na lata 2013 i 2014 uwzględniano:

- wysokość stawek kapitałowych, wskaźników korygujących, cen i ryczałtów określonych w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna<sup>3</sup>,
- strukturę populacji świadczeniobiorców POZ oraz uczniów w zakresie świadczeń medycyny szkolnej,
- koszty świadczeń poniesionych na opiekę zdrowotną w rodzaju POZ w roku poprzednim i wartości prognozowane na podstawie I półrocza danego roku.

(dowód: akta kontroli str. 10-31)

1.2. Na zakup świadczeń POZ w latach 2012-2014 zaplanowano w każdym roku po 233.200 tys. zł, tj. o odpowiednio o 5,2%, 3,3% i 2% więcej niż wydatkowano na ten cel w roku poprzednim. Po zmianach wprowadzonych w ciągu roku, na te świadczenia planowano przeznaczyć 226.150 tys. zł w 2012 roku, 228.800 tys. zł w 2013 roku i 230.700 tys. zł na koniec I półrocza 2014 roku. W kolejnych latach wydatkowano 225.788,9 tys. zł, 228.589 tys. zł i 115.168,3 tys. zł do końca I półrocza 2014 roku, co stanowiło odpowiednio 12,5%, 12,2% i 12,8% wydatków na zakup wszystkich świadczeń zdrowotnych w tych okresach. Świadczeń POZ w latach objętych kontrolą udzielało w województwie podlaskim odpowiednio 284, 286 i 284 świadczeniodawców.

(dowód: akta kontroli str. 100-101, 266)

Na zakup świadczeń AOS w latach 2012-2013 zaplanowano kolejno 172.305 tys. zł i 183.200 tys. zł, tj. odpowiednio o 16,2% i 2,6% więcej niż wydatkowano na ten cel w roku poprzednim, zaś na 2014 rok zaplanowano 185.570 tys. zł, tj. o 0,06% mniej od wydatków poniesionych w 2013 roku. Po wprowadzonych w ciągu roku zmianach, na AOS planowano

<sup>3</sup> Zarządzenia Prezesa NFZ: Nr 85/2011/DSOZ z 17 listopada 2011 r. ze zm. oraz Nr 69/2013/DSOZ z 27 listopada 2013 r.

przeznaczyć 179.562 tys. zł w 2012 roku i 186.100 tys. zł w 2013 roku. W I półroczu 2014 roku plan wydatków AOS nie był zmieniany. Wydatki na świadczenia AOS wyniosły odpowiednio: 178.642 tys. zł, 185.689 tys. zł i 88.321 tys. zł do końca I półrocza 2014 roku, co stanowiło od 9,8% do 9,9% wydatków na zakup wszystkich świadczeń zdrowotnych.

Ambulatoryjne świadczenia kardiologiczne w latach 2012-2014 zostały zakontraktowane w wysokości 4.452 tys. zł (474.663 punkty), 11.408,1 tys. zł (1.216.590 punktów) i 11.399,7 tys. zł (1.216.761 punktów), co odpowiadało 59,2%, 99,6% i 91,7% ilości zakupionych punktów rozliczeniowych w roku poprzednim. W wyniku zmian wprowadzonych w trakcie roku, wysokość kontraktów wyniosła kolejno: 11.518,5 tys. zł (1.228.292 punkty), 12.436,9 tys. zł (1.328.356 punktów) i 11.429,3 tys. zł (1.219.911 punktów) wg. stanu na koniec I półrocza 2014 roku. Na koniec 2012 i 2013 roku oraz I półrocza 2014 roku umowy zostały wykonane w wysokościach 11.457,1 tys. zł (1.221.828 punktów), 12.429 tys. zł (1.327.522 punkty) i 5.680,7 tys. zł (606.324 punkty). Świadczeń kardiologicznych w latach 2012-2014 (I półrocze) udzielało 31 świadczeniodawców.

Ambulatoryjne świadczenia diabetologiczne w latach 2012-2014 zostały zakontraktowane w wysokości 2.014,5 tys. zł (218.047 punktów), 3.910 tys. zł (423.190 punktów) i 4.017 tys. zł (434.597 punktów), co odpowiednio 55,5%, 97% i 98% ilości zakupionych punktów w roku poprzednim. Po dokonanych w ciągu roku zmianach, wysokość kontraktów wyniosła 4.046,8 tys. zł (437.716 punktów) w 2012 roku i 4.119,2 tys. zł (445.736 punktów) w 2013 roku. W I półroczu 2014 roku wysokość kontraktów na świadczenia diabetologiczne nie zmieniła się. Na koniec 2012 i 2013 roku oraz I półrocza 2014 roku kontrakty zostały wykonane w wysokościach wynoszących kolejno: 4.037,5 tys. zł (436.703 punkty), 4.118,9 tys. zł (445.706 punktów) i 2.006,6 tys. zł (217.087 punktów). Świadczeń diabetologicznych w latach 2012-2013 udzielało 21, a w 2014 roku 20 świadczeniodawców.

W latach 2011-2014 nastąpił wzrost liczby świadczeń przypadających na 10 tys. ubezpieczonych mieszkańców województwa podlaskiego w zakresie kardiologii z 7.098 punktów w 2011 roku do 10.569 punktów w 2014 roku. Był on istotnie wyższy od średniej krajowej, wynoszącej odpowiednio: 5.625 i 8.581 punktów. Z kolei w zakresie diabetologii liczba udzielonych świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych mieszkańców województwa wzrosła w tym okresie z 3.501 do 3.791 punktów i również znacznie przewyższała średnią krajową (odpowiednio 2.225 i 2.733 punkty).

(dowód: akta kontroli str. 87-90, 100-101, 263, 267-269)

1.3. Analiza jakości i dostępności usług oferowanych przez poszczególnych świadczeniodawców AOS odbywała się na etapie oceny ofert. Dokonywano jej według kryteriów określonych w zarządzeniach Prezesa NFZ, wydanych na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>4</sup> (zwanej dalej: *ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej*). Jakość świadczeń oceniano w oparciu o kwalifikacje personelu, jego doświadczenie, wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny<sup>5</sup>, zewnętrzną ocenę świadczeniodawcy<sup>6</sup> oraz wyniki ostatnich kontroli przeprowadzonych przez NFZ. Dostępność była oceniana w oparciu m.in. o liczbę dni i godzin pracy przedstawionych w ofertach oraz dostępność dla osób niepełnosprawnych ruchowo.

Odnośnie ustalenia na etapie planowania wysokości ceny jednostki rozliczeniowej w poszczególnych zakresach świadczeń, Naczelnik Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej podała, że *Oddział dążył do uzyskania średniej ceny za punkt w Polsce, jednocześnie uwzględniając wysokość planu finansowego, poziom dostępności do świadczeń mierzonej liczbą punktów na 10 tysięcy ludności, również w odniesieniu do średniej krajowej oraz zapotrzebowanie na świadczenia określane na podstawie poziomu realizacji umów, analiz udzielanych świadczeń, kolejek oczekujących i danych demograficznych.*

(dowód: akta kontroli str. 50-54)

<sup>4</sup> Dz.U. z 2008 r., Nr 164 poz. 1027 ze zm.

<sup>5</sup> Między innymi w zakresie diabetologii: oftalmoskop i ultrasonograf z opcją Dopplera, w zakresie kardiologii: echokardiograf z opcją Dopplera, Holter EKG i RR.

<sup>6</sup> Między innymi posiadanie certyfikatów ISO i Centrum Monitorowania Jakości.

1.4. Obszarami kontraktowania AOS na terenie województwa podlaskiego były powiaty i grupy powiatów. Powodem utworzenia grup powiatów przy kontraktowaniu AOS z zakresu diabetologii i kardiologii – według wyjaśnień Naczelnik Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej – było nierównomierne rozmieszczenie świadczeniodawców na terenie województwa. (dowód: akta kontroli str. 50-54)

Ambulatoryjne świadczenia diabetologiczne zabezpieczono na terenie wszystkich powiatów województwa, kontraktując:

- Miasto Białystok wraz z powiatem białostockim, sokólskim i monieckim,
- Miasto Łomża wraz z powiatem łomżyńskim, zambrowskim i wysokomazowieckim,
- Miasto Suwałki wraz z powiatem suwalskim i sejneńskim,
- odrębnie powiaty: augustowski, bielski, grajewski, hajnowski, kolneński i siemiatycki.

W zakresie diabetologii dla dzieci obszarem kontraktowania było zaś województwo podlaskie. (dowód: akta kontroli str. 32-34)

Analiza relacji pomiędzy liczbą mieszkańców powiatów a liczbą i wartością zakontraktowanych i wykonanych w 2013 roku świadczeń diabetologicznych wykazała, że:

- w województwie podlaskim na jednego świadczeniobiorcę zakontraktowano 0,35 punktu o wartości 3,27 zł, a po wprowadzonych zmianach – 0,38 punktu o wartości 3,45 zł, zaś wykonanie wyniosło 0,38 punktu o wartości 3,48 zł,
- poniżej średniej dla województwa zakontraktowano świadczenia w siedmiu z dziewięciu obszarów kontraktowania; w powiatach tych na jednego mieszkańca przypadało od 0,06 punktu o wartości 0,60 zł (powiat kolneński) do 0,34 punktu o wartości 3,13 zł na jednego mieszkańca (powiat hajnowski),
- powyżej średniej dla województwa zakontraktowano świadczenia w dwóch obszarach: Miasto Białystok wraz z powiatem białostockim, sokólskim i monieckim – 0,53 punktu o wartości 4,69 zł i w powiecie bielskim – 0,48 punktu o wartości 4,56 zł na jednego mieszkańca,
- wykonane ilości świadczeń (uwzględniające nadwykonania) w ośmiu z dziewięciu obszarów były wyższe od pierwotnie zakontraktowanych od 2% do 19%, w tym w powiecie kolneńskim o 14%, a w obszarze białostockim (w którym zakontraktowano 66% świadczeń diabetologicznych) – o 5%. W powiecie bielskim wykonanie było natomiast mniejsze o 1% od ilości zakontraktowanej. (dowód: akta kontroli str. 97)

Również ambulatoryjne świadczenia kardiologiczne zakontraktowano na terenie całego województwa:

- w Mieście Białystok i powiecie białostockim,
- w Mieście Suwałki i powiecie suwalskim,
- w Mieście Łomża wraz z powiatem łomżyńskim i zambrowskim,
- odrębnie dla powiatów: augustowskiego, bielskiego, grajewskiego, hajnowskiego, kolneńskiego, monieckiego, sejneńskiego, siemiatyckiego i sokólskiego.

W zakresie kardiologii dziecięcej województwo podlaskie zostało podzielone natomiast na dwa obszary, obejmujące:

- Białystok i Suwałki oraz powiaty: białostocki, sokólski, moniecki, bielski, hajnowski, siemiatycki, augustowski, sejneński i suwalski,
- Łomżę oraz powiaty: łomżyński, zambrowski, kolneński, grajewski i wysokomazowiecki. (dowód: akta kontroli str. 35-37)

Analiza relacji pomiędzy liczbą mieszkańców powiatów a liczbą i wartością zakontraktowanych i wykonanych w 2013 roku świadczeń kardiologicznych wykazała, że:

- w województwie podlaskim na jednego mieszkańca zakontraktowano 1,02 punktu o wartości 9,55 zł, a po wprowadzonych zmianach – 1,11 punktu o wartości 10,41 zł, zaś wykonanie wyniosło 1,11 punktu o wartości 10,43 zł,
- poniżej średniej dla województwa zakontraktowano świadczenia w ośmiu z dwunastu obszarów kontraktowania; w powiatach tych na jednego mieszkańca przypadało

od 0,18 punktu o wartości 1,71 zł na jednego mieszkańca (powiat kolneński) do 0,91 punktu o wartości 8,25 zł (powiat bielski),

- powyżej średniej dla województwa zakontraktowano świadczenia w czterech obszarach; na jednego mieszkańca przypadło w nich od 1,14 punktu o wartości 10,86 zł (Suwałki i powiat suwalski) do 1,59 punktu o wartości 15,06 zł (powiat augustowski),
- wykonane ilości świadczeń (uwzględniające nadwykonania) w 10 z 12 obszarów kontraktowania były wyższe od pierwotnie zakontraktowanych od 7% do 57%, w tym w powiecie kolneńskim o 53%, a w obszarze białostockim (w którym zakontraktowano 51% świadczeń kardiologicznych w województwie) – o 8%. W Suwałkach i w powiecie suwalskim oraz w Łomży, powiecie łomżyńskim i zambrowskim wykonanie było zaś mniejsze odpowiednio o 22,8 i 1,1% od ilości zakontraktowanej.

(dowód: akta kontroli str. 98)

Odnosnie różnic w ilości punktów przypadających na jednego mieszkańca powiatów, będących obszarami kontraktowania świadczeń diabetologicznych i kardiologicznych, Naczelnik Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej wyjaśniła, że: *wynikają one w głównej mierze z mniejszej dostępności lekarzy specjalistów poza miastem Białymstok, w którym skupione są główne ośrodki naukowe i kształcące kadrę medyczną. Ponadto znaczenie ma również prawo świadczeniobiorcy do wyboru lekarza i ośrodka, z którego świadczeń chce korzystać, niezależnie od obszaru, na którym zlokalizowany jest świadczeniodawca. Z posiadanych informacji wynika, że świadczeniobiorcy chętniej korzystają z wyspecjalizowanych ośrodków w większych miejscowościach (np. w Białymstoku). Powyższe czynniki wpływają na poziom realizacji umów o udzielanie świadczeń na danym obszarze kontraktowania i związane z tym finansowanie świadczeń.*

(dowód: akta kontroli str. 82-86)

W zakresie świadczeń POZ obszar kontraktowania stanowiło województwo podlaskie. Natomiast w zakresie świadczeń nocnej i świątecznej opieki lekarskiej obszarami kontraktowania – którymi objęto całe województwo – były: grupy powiatów (Łomża i powiat łomżyński, Suwałki i powiat suwalski), powiaty, gminy, a w ramach Miasta Białegostoku – dwa osiedla.

(dowód: akta kontroli str. 38-42)

1.5. POW NFZ nie współpracował z władzami publicznymi przy podejmowaniu działań na rzecz równego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Naczelnik Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej wyjaśniła, że współpracy takiej nie prowadzono, zaś możliwości zapewnienia równego dostępu we wszystkich powiatach *do świadczeń są ograniczone i wynikają w głównej mierze z dostępności lekarzy i świadczeniodawców, gotowych do udzielania świadczeń w ramach umowy z NFZ.*

(dowód: akta kontroli str. 50-54)

Z przekazywanych co roku przez Wojewodę Podlaskiego zestawień informacji dotyczących zabezpieczenia opieki zdrowotnej zawartych w rocznych raportach konsultantów wojewódzkich z poszczególnych dziedzin medycyny wynika, że wskazywali oni przede wszystkim w zakresie kardiologii na zbyt małe środki przeznaczone na ambulatoryjne świadczenia kardiologiczne oraz brak kontroli przez NFZ jakości świadczonych usług, a w zakresie diabetologii konieczność zwiększenia liczby poradni diabetologicznych w Łomży i okolicznych powiatach oraz utworzenie gabinetu stopy cukrzycowej na obszarze województwa podlaskiego.

Od 21 marca do 5 czerwca 2014 r. konsultant wojewódzki w dziedzinie kardiologii przeprowadził na polecenie Ministerstwa Zdrowia wizytacje 17 poradni kardiologicznych w województwie podlaskim. Ich tematem była weryfikacja prawidłowości realizacji umowy w zakresie świadczeń kardiologicznych, ze szczególnym uwzględnieniem dostępności do świadczeń, prawidłowości prowadzenia listy oczekujących oraz zgodność danych przekazywanych do POW NFZ w raportach statystycznych ze stanem faktycznym i dokumentacją medyczną. Ze sprawozdania konsultanta<sup>7</sup> wynika, że na terenie województwa funkcjonuje wystarczająca liczba poradni kardiologicznych. Jako główny problem wskazał on wielomiesięczne kolejki do specjalisty, dotyczące przede wszystkim

<sup>7</sup> POW NFZ dysponuje jedynie elektroniczną wersją sprawozdania konsultanta.

nowo kierowanych pacjentów. Zdaniem Konsultanta na poprawę sytuacji mogłoby wpłynąć: wprowadzenie jednolitego systemu rejestracji pacjentów, uniemożliwiającego zapisywanie się w kilku miejscach jednocześnie, przejęcie przez lekarzy POZ części pacjentów stale korzystających z opieki specjalistycznej oraz zwiększenie o około 30% środków na zakup ambulatoryjnych świadczeń kardiologicznych. (dowód: akta kontroli str. 238-262)

Naczelnik Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej wyjaśniła, że: *ograniczone środki finansowe nie dały możliwości spełnienia wszystkich postulatów przedstawianych przez konsultantów, w tym z zakresu kardiologii*. Podkreśliła jednocześnie, że świadczenia w zakresie kardiologii były priorytetem regionalnym POW NFZ, na który znacznie zwiększono liczbę świadczeń w porównaniu do lat poprzednich. W 2014 roku średnia liczba punktów w tym zakresie przypadająca na 10 tys. ubezpieczonych jest jedną z najwyższych w kraju. (dowód: akta kontroli str. 264-265)

1.7. Wywiązując się z dyspozycji § 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań<sup>8</sup>, POW NFZ przysyłał ogłoszenia o konkursach do Okręgowej Izby Lekarskiej w Białymstoku oraz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku, w celu zamieszczenia ich na tablicy ogłoszeń. (dowód: akta kontroli str. 43)

Uwagi dotyczące  
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że:

1. Nieskuteczne były, podejmowane przez POW NFZ, próby dostosowania liczby pacjentów będących pod opieką lekarza POZ do zalecanego przez Prezesa NFZ limitu, wynoszącego 2.750 osób<sup>9</sup>. Polegały one na występowaniu co roku do świadczeniodawców o wyjaśnienie przyczyn przekroczenia limitu, przedstawienie rozwiązania tej sytuacji oraz złożenie oświadczenia, że przekroczona liczba podopiecznych nie spowodowała i nie powoduje ograniczenia dostępności i pogorszenia jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Zalecany limit przekraczało według stanu na:

- luty 2012 roku – 36 z 1.054 lekarzy POZ, maksymalnie o 2.430 pacjentów,
- styczeń 2013 roku – 43 z 898 lekarzy POZ, maksymalnie o 2.411 pacjentów,
- maj 2014 roku – 48 z 916 lekarzy POZ, maksymalnie o 3.919 pacjentów.

(dowód: akta kontroli str. 149-181, 266)

Na mocy art. 28 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, świadczeniodawcy mają swobodne prawo do wyboru lekarza, w tym lekarza POZ, a NFZ nie dysponuje narzędziami umożliwiającymi ograniczenie liczby pacjentów u poszczególnych świadczeniodawców. Nadmierna liczba pacjentów może być zaś przyczyną oczekiwania pacjentów na udzielenie świadczeń zdrowotnych.

2. W kolejnych latach pogarszała się dostępność do świadczeń kardiologicznych i diabetologicznych, mierzona czasem oczekiwania i liczbą oczekujących pacjentów.

Średni miesięczny czas oczekiwania na świadczenie kardiologiczne w województwie podlaskim wzrósł z 97 dni w 2012 roku do 104 dni w I półroczu 2014 roku, przy czym w latach 2012-2014 (I połowa) odpowiednio u siedmiu, trzech i czterech (z 31) świadczeniodawców przeciętny czas oczekiwania przekraczał 180 dni. Na świadczenie oczekiwało w tym czasie średnio od 179 osób w 2012 roku do 197 osób w I półroczu 2014 roku, przy czym w kolejnych latach u sześciu, siedmiu i dziewięciu świadczeniodawców na świadczenie oczekiwało przeciętnie ponad 250 osób.

Z kolei średni czas oczekiwania na świadczenie diabetologiczne wzrósł z 20 dni w 2012 roku do 34 dni w I półroczu 2014 roku, przy czym w latach 2012-2014 (I połowa) odpowiednio u jednego, trzech (z ogółem 21) i trzech (z 20) świadczeniodawców

<sup>8</sup> Dz.U. z 2004 r. Nr 273 poz. 2719, zwane dalej „rozporządzeniem w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej”

<sup>9</sup> Określanego w zmieniającym co roku zarządzeniu Prezesa NFZ z dnia 17 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna. Zarządzenia nr 85/2011/DSOZ, 86/2012/DSOZ i 24/2013/DSOZ.



przeciętny czas oczekiwania przekraczał 60 dni. Na świadczenie oczekiwało w tym czasie średnio od 35 osób w 2012 roku do 83 osób w I półroczu 2014 r., przy czym u trzech, dwóch i czterech świadczeniodawców na świadczenie oczekiwało przeciętnie ponad 100 osób. (dowód: akta kontroli str. 102-147)

Naczelnik Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej wyjaśniła, że czas oczekiwania u poszczególnych świadczeniodawców jest zróżnicowany. Zależy on przede wszystkim od pacjentów, którzy sami decydują o tym, do którego specjalisty się zapisują i od świadczeniodawcy, który weryfikuje skierowanie pod kątem kategoryzacji przypadków pilnych i stabilnych. (dowód: akta kontroli str. 76-80, 148)

Podane wyżej dane o liczbie oczekujących na objęcie kontrola świadczenia ambulatoryjne nie przedstawiają jednak faktycznej dostępności do tych świadczeń. Z ustaleń kontroli przeprowadzonych u świadczeniodawców wynika bowiem, że nie zawsze przedstawiali oni rzetelne dane o liczbie oczekujących i czasie oczekiwania na świadczenia medyczne. Na przykład jeden z czterech skontrolowanych świadczeniodawców w sprawozdaniu za styczeń 2014 roku nie wykazał osób oczekujących na świadczenia kardiologiczne, chociaż w kolejce oczekiwały wówczas 382 osoby.

Ustalono  
nieprawidłowości

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

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działania POW NFZ związane z określaniem zapotrzebowania na świadczenia POZ i AOS.

## 2. Postępowania konkursowe o udzielanie świadczeń w rodzaju AOS

Opis stanu  
faktycznego

2.1. W celu wyłonienia świadczeniodawców, udzielających świadczeń w AOS w latach 2012-2014, POW NFZ wszczął 340 postępowań konkursowych, w tym 324 w latach 2011-2012, siedem w 2013 roku i dziewięć w 2014 roku.

Na udzielanie świadczeń z zakresu kardiologii wszczęto 16 postępowań. Wszystkie postępowania przeprowadzono w 2012 roku, w trybie konkursów ofert (żadnego nie unieważniono). Z kolei na udzielanie świadczeń z zakresu diabetologii wszczęto dziesięć postępowań (wszystkie w 2012 roku), w tym dziewięć w trybie konkursu ofert i jedno w trybie rokowań. Postępowanie w trybie rokowań przeprowadzono na podstawie art. 144 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, wobec konieczności zabezpieczenia od 1 stycznia 2012 r. świadczeń diabetologicznych na terenie Suwałk, powiatu suwalskiego i sejneńskiego, po unieważnieniu wcześniejszego konkursu, w którym jedyna oferta została odrzucona z powodu niespełniania wymagań oraz podania w niej nieprawdziwych danych. (dowód: akta kontroli str. 44-49)

2.2. W przeprowadzonych w latach 2011-2014 szesnastu konkursach na udzielanie świadczeń z zakresu kardiologii i dziesięciu postępowaniach na udzielanie świadczeń z zakresu diabetologii:

1. Wpłynęło 48 ofert od świadczeniodawców z zakresu kardiologii (31 złożonych przez podmioty niepubliczne i 17 przez publiczne) oraz 29 ofert na udzielanie świadczeń diabetologicznych (18 złożonych przez podmioty niepubliczne i 11 przez publiczne).
2. W trakcie sześciu konkursów, komisja konkursowa przeprowadziła 14 kontroli świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy, w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie, zaś w pozostałych przypadkach odstąpiono od ich przeprowadzenia, na podstawie zarządzenia nr 153 Dyrektora Podlaskiego OW NFZ z dnia 2 grudnia 2011 r., ze względu na zbieg dużej liczby postępowań konkursowych.
3. W 24 z 26 postępowań, komisja konkursowa skierowała 94 wezwania do oferentów o uzupełnienie braków formalnych oraz o złożenie wyjaśnień<sup>10</sup>.

<sup>10</sup> Na podstawie § 6 ust 2 rozporządzenia w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.

4. Odrzuconych zostało siedem ofert (w siedmiu konkursach), z powodu: braku części z wymaganych dokumentów i nieuzupełnienie ich w terminie, niespełniania ustalonych wymagań (brak lekarza posiadającego wymagane kwalifikacje), niezapewnienia realizacji wymaganych świadczeń (dwa przypadki), niespełnienia wymagań i podania w ofercie nieprawdziwych danych (dwa przypadki, dotyczące niezapewnienia wykonywania świadczeń przez specjalistów i dostępu do badań USG z opcją Dopplera oraz braku wymaganego sprzętu i personelu), niezapewnienia wymaganego czasu pracy przychodni.

5. W przeprowadzonych postępowaniach wybrano 53 oferty, z tego 33 złożone przez podmioty niepubliczne i 20 przez podmioty publiczne. Oferenci, z którymi zawierano umowy wybierani byli zgodnie z kolejnością w rankingu końcowym ofert, do wyczerpania kwoty przeznaczonej do rozdysponowania w danym konkursie. Pomimo spełnienia wymagań określonych przez NFZ, z powodu rozdysponowania środków przeznaczonych na zakup świadczeń w danym konkursie, nie zawarto umów z 16 oferentami, którzy zajęli najniższe miejsca w rankingach ofert przeprowadzonych w ośmiu konkursach.

Wyjaśniając przyczyny niezawierania umów ze wszystkimi oferentami spełniającymi ustalone wymagania, Naczelnik Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej podała: *Środki przewidziane w każdym z postępowań były mniejsze niż suma kwot oferentów zweryfikowanych jako spełniających wymogi. /.../ NFZ mógłby przyjąć strategię kontraktacji wszystkich zgłoszonych miejsc, jednak nadal musiałby się to odbywać w ramach posiadanych środków. Zatem wymagałoby to przeprowadzenia skutecznych negocjacji ilościowych ze wszystkimi oferentami, wobec których przyjąć należałoby jednolite reguły przedstawiania propozycji mniejszych niż proponowane przez zainteresowanych i wielokrotnie odbiegających od ich możliwości potencjałowych. Z danych o wykonaniu rzeczywiście zawartych kontraktów wynika, że świadczeniodawcy wykonali zaplanowane ilości świadczeń i wartość każdego z kontraktów została określona prawidłowo. Zakontraktowanie świadczeń u większej liczby świadczeniodawców skutkowałoby zmniejszeniem wartości kontraktów i w efekcie protestami świadczeniodawców, którzy nie wykorzystywaliby wówczas swojego potencjału. Ponadto istniałoby ryzyko, że świadczeniodawcy wcześniej zrealizowaliby zakontraktowane świadczenia i nie byłaby zabezpieczona ich realizacja w dalszej części roku.*

6. Od decyzji komisji złożono 13 odwołań, w których:

- dziesięciu oferentów nie zgadzało się z niewybraniem ich oferty (dziewięciu z nich uważało, że spełnia wszystkie warunki i prawidłowo udziela świadczeń medycznych, a jeden swoje odwołanie argumentował faktem uzgodnienia wspólnego stanowiska w trakcie negocjacji cenowych),
- dwóch oferentów zarzuciło naruszenie zasad postępowania, bez wskazania tych naruszeń,
- jeden odwołujący się zarzucił zaproponowanie podczas negocjacji zbyt małej ilości świadczeń.

7. Żadne z odwołań nie zostało uwzględnione przez Dyrektora POW NFZ.

8. Nie złożono odwołań do Prezesa NFZ ani do sądu administracyjnego.

(dowód: akta kontroli str. 45-48, 264-265)

2.3. Badanie czterech postępowań konkursowych (po dwa na udzielanie świadczeń diabetologicznych i kardiologicznych) wykazało, że:

– zostały one przeprowadzone zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej:

- w ogłoszeniach o konkursach przedstawiono informacje określone w § 2 ust. 1 rozporządzenia (m.in. wartość i przedmiot zamówienia, wymagania w sprawie osób udzielających świadczeń, wyposażenia i warunków ich udzielania, miejsce i terminy zapoznania się z warunkami konkursu i zamówienia, składania i otwarcia ofert oraz ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu),

- protokoły z przebiegu postępowania zawierały dane określone w § 7 rozporządzenia, w tym o: miejscu, czasie i zakończeniu postępowań, członkach komisji konkursowych, oferentach, wskazanie ofert, które zostały odrzucone wraz z uzasadnieniem oraz tych, które zostały wybrane,
  - wszyscy członkowie komisji konkursowej podpisali protokoły z przebiegu postępowania i złożyli oświadczenia wymagane § 5 ust. 3 rozporządzenia (żaden z członków komisji nie został wyłączony z postępowania),
- postępowania zostały przeprowadzone w miejscu i w terminach określonych w ogłoszeniu,
  - wszystkie oferty zostały przez komisję ocenione pod kątem spełniania wymagań, co zostało udokumentowane w protokole w części jawnej postępowania,
  - w przypadku analizowanych konkursów kardiologicznych nie odrzucono żadnej z sześciu złożonych ofert z powodu niespełniania wymagań, zaś w konkursach diabetologicznych odrzucono dwie z 18 ofert,
  - do usunięcia braków formalnych wezwano pięciu świadczeniodawców z zakresu diabetologii i jednego z zakresu kardiologii,
  - żaden z oferentów nie odwołał się od rozstrzygnięcia konkursu.

(dowód: akta kontroli str. 55-61)

2.4. W okresie objętym kontrolą POW NFZ rozwiązał dwie z 53 umów na udzielanie ambulatoryjnych świadczeń kardiologicznych i diabetologicznych. Obie umowy dotyczyły świadczeń diabetologicznych:

1. Umowa z Niepublicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej<sup>11</sup> ANMED z Białegostoku na świadczenia diabetologiczne została rozwiązana 29 czerwca 2013 r. w związku ze złożonym przez świadczeniodawcę wypowiedzeniem. Niezrealizowaną część umowy – 46.332 zł – rozdysponowano, kierując się możliwościami realizacji zwiększonego kontraktu, pomiędzy dziewięciu świadczeniodawców działających na obszarze kontraktowania ANMEDU (Białystok, powiat białostocki, moniecki i sokólski).
2. Umowa z ZOZ Przychodnia Stomatologiczno-Lekarska E i B Falkowscy s.c. na udzielanie świadczeń AOS diabetologicznych na terenie powiatu augustowskiego została rozwiązana 22 maja 2012 r., bez zachowania okresu wypowiedzenia, w związku z nieprawidłowościami stwierdzonymi podczas kontroli (zagadnienie opisano w punkcie 3 wystąpienia). Świadczeniodawca był jedynym podmiotem udzielającym świadczeń diabetologicznych na terenie powiatu augustowskiego. Posiadał zawartą na I półrocze 2012 roku umowę o wartości 33,3 tys. zł (3.576 punktów), która została zrealizowana do kwoty 25,5 tys. zł (2.740 punktów). Realizację świadczeń diabetologicznych na terenie powiatu zapewnił nowy świadczeniodawca – NZOZ „Doktor Mateusz”, z którym POW NFZ podpisał umowę 17 lipca 2012 r. na realizację świadczeń w II półroczu 2012 roku na kwotę 33,3 tys. zł (3.959 punktów).

W sprawie niezabezpieczenia świadczeń diabetologicznych na terenie powiatu augustowskiego od 22 maja do 17 lipca 2012 r., Naczelnik Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej wyjaśniła: *Świadczenia /.../ były zabezpieczone w ramach wszystkich trwających wówczas umów w zakresie diabetologii AOS. W żadnym z zakresów świadczeń nie istnieje rejonizacja i pacjenci mogą korzystać ze świadczeń na obszarze całego kraju. Umowa z NZOZ „Doktor Matusz” została zawarta po przeprowadzeniu postępowania konkursowego wszczętego niezwłocznie po rozwiązaniu umowy z ZOZ Falkowscy.* (dowód: akta kontroli str. 76-80, 207-219, 222-223, 233-235, 264-265, 270)

Ustalone  
nieprawidłowości

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

1. W załączniku nr 2 do aneksu nr 7 z dnia 13 grudnia 2012 r. do umowy zawartej z Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej im. Dr E. Jelskiego w Knyszynie o udzielanie świadczeń AOS w 2013 roku nie wykazano lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii. Prawidłowo sporządzony

<sup>11</sup> Dalej zwanym „NZOZ”

harmonogram zasobów, w którym wykazano lekarzy udzielających świadczeń we wszystkich terminach określonych w umowie został wprowadzony do umowy aneksem nr 14 z dnia 4 października 2013 r.

2. W załączniku nr 2 do aneksu nr 17 z dnia 23 grudnia 2013 r. do umowy z tym samym SP ZOZ w Knyszynie o udzielanie świadczeń AOS w 2014 roku wykazano dwóch lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii przez cztery godziny w poniedziałek i wtorek, podczas gdy z harmonogramu wynika, że świadczenia powinny być udzielane także w sobotę, tj. trzy razy w tygodniu po cztery godziny.

Zgodnie z §6 ust. 1 *Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>12</sup> (zwanych dalej „Ogólnymi warunkami umów”), w załączniku do umowy należy określić osoby wykonujące zawody medyczne lub inne osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny, które osobiście udzielają świadczeń. Zmiana postanowień umowy, zgodnie z dyspozycją § 39 *Ogólnych warunków umów*, wymaga formy pisemnej, pod rygorem nieważności. (dowód: akta kontroli str. 183-197, 205)

Z wyjaśnień złożonych przez Naczelnika Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej wynika, że nieprawidłowość opisana w punkcie 1 była skutkiem błędu technicznego, który powstał podczas druku wersji papierowej umowy. Umowa została utworzona w module systemu KS-SIKCH i w wersji umowy znajdującej się w systemie jest podany faktyczny, prawidłowy stan personelu SP ZOZ udzielającego świadczeń kardiologicznych, co potwierdzają wydruki zestawień z systemu. Naczelnik wyjaśniła, że: *Rozbieżność pomiędzy wersją elektroniczną, a wersją papierową umowy wynikająca z błędu wydruku nie została zweryfikowana ze względu na znaczną ilość sporządzanych wydruków umów w trwającym ówczesnie procesie aneksowania.*

Odnosnie nieprawidłowości wskazanej w punkcie 2, Naczelnik Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej wyjaśniła, że: *Również umowa na 2014 roku została utworzona w systemie KS-SIKCH poprzez użycie ww. funkcji (moduł Automatycznego Tworzenia Szablonów Umów), za pomocą której został „skopiowany” potencjał wykazany w ostatnim zaakceptowanym pozytywnie zgłoszeniu do umowy. Świadczeniodawca /.../ wnioskiem WAP-2013-12-11-30968 zgłosił zmiany do harmonogramu pracy lekarzy na okres 30-31 grudnia 2013 r. - wykazano dwóch lekarzy pracujących w poniedziałek (4 godziny) i we wtorek (4 godziny). Ponieważ w okresie, którego dotyczyła zmiana nie było soboty, wniosek został zaakceptowany. W tej postaci został też automatycznie „skopiowany” do umowy na 2014 rok. Z wyjaśnień wynika, że wprowadzenie zmian było możliwe dopiero po zatwierdzeniu umowy, „dlatego też świadczeniodawca niezwłocznie kolejnym wnioskiem WAP-2014-01-04-31435 zgłosił zmianę potencjału do umowy od dnia 1 stycznia 2014 r. uwzględniając wprowadzenie do umowy” czterech lekarzy kardiologów. Zgłoszone zmiany zostały uwzględnione w aneksie do umowy z 16 kwietnia 2014 r. Naczelnik Wydziału wskazała też, że na podstawie § 10 ust. 1 i 2 „Ogólnych warunków umów”, w przypadku dokonywania zmian umowy w zakresie osób udzielających świadczeń, na podstawie zaakceptowanych przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu zgłoszeń lub wniosków, dopuszcza się podpisywanie zbiorczych aneksów dotyczących okresów sprawozdawczych, w czasie których dokonano zgłoszeń lub złożono wnioski. (dowód: akta kontroli str. 198-204)*

#### Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działania POW NFZ związane z kontraktowaniem ambulatoryjnych świadczeń kardiologicznych i diabetologicznych. Stwierdzone nieprawidłowości nie miały wpływu na tę działalność.

### 3. Rozliczanie umów o świadczenia POZ i AOS

Opis stanu faktycznego

3.1. Rozliczanie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych następowało na podstawie przekazywanych przez świadczeniodawców raportów statystycznych oraz wystawianych rachunków. Były one poddawane automatycznej walidacji, a następnie automatycznej

<sup>12</sup> Dz.U. Nr 81 poz. 484.

weryfikacji (były sprawdzane pod kątem możliwości wystąpienia ok. 260 błędów). Z danych dotyczących przeprowadzonych walidacji i weryfikacji w II półroczu 2013 rok wynika, że:

1. W zakresie POZ stwierdzono 297.268 błędów, z których nie skorygowano 68.435. Przyjęty sposób rozliczania świadczeń POZ (stawka kapitulacyjna, niezależna od złożonego raportu) nie mobilizował świadczeniodawców do korygowania nieprawidłowości w raportach. Najczęstszymi błędami były: nieprzekazanie danych o zleceniu, wielokrotne wykazywanie tego samego świadczenia, wiek pacjenta niezgodny z opisem świadczenia. Nie skorygowano odpowiednio 39.689, 12.342, 5.146 błędów.
2. W zakresie AOS świadczenia kardiologiczne nieskorygowanych pozostało 20 błędów o wartości 1.961,65 zł. Dotyczyły one głównie: przekroczenia limitu wykonanych świadczeń dla danego pacjenta (10 błędów na 918 zł), nieprzekazania danych o zleceniu (dwa błędy na 171 zł) i niedopuszczalnego sumowania świadczeń w ramach zestawu świadczeń typu „A” (dwa błędy na 95 zł).
3. W zakresie AOS świadczenia diabetologiczne nieskorygowanych pozostało 55 błędów o wartości 2.734,2 zł. Dotyczyły one przede wszystkim: nieprawidłowego sumowania świadczeń w tym samym dniu (11 błędów na 455,70 zł), przekroczenia limitu wykonanych świadczeń dla danego pacjenta (10 błędów na 520,80 zł) i wielokrotnego wykonania świadczenia w tym samym dniu (dziewięć błędów na 455,70 zł).

(dowód: akta kontroli str. 62-64)

Kierownik Działu Monitorowania, Analiz i Planowania wyjaśniła, że POW NFZ nie posiada uprawnień do wyłączania protokołów walidacyjnych i nie wnioskował o wyłączenie protokołów do Centrali NFZ. POW NFZ nie wyłączał, ani nie wnioskował o wyłączenie żadnego z protokołów weryfikacyjnych. Korzystano jednak z możliwości zgłaszania do Centrali NFZ nieprawidłowości w poszczególnych sprawdzaniach. (dowód: akta kontroli str. 65-66)

Badanie przeprowadzone na próbie największych raportów za luty 2013 roku, złożonych przez pięciu świadczeniodawców z zakresu POZ oraz czterech z zakresu AOS (w których przeprowadzono odrębną kontrolę NIK) wykazało, że:

1. W raportach świadczeniodawców POZ wykryto 94 błędy importu, które dotyczyły głównie niezwyfikowania uprawnień pacjenta oraz niewskazania kodu przyczyny udzielenia świadczenia. Błędy importu wykryto w trzech z pięciu badanych raportów. Podczas weryfikacji wykryto 4.991 błędów (u wszystkich świadczeniodawców), które dotyczyły głównie dwukrotnego wykazania tych samych pozycji (4.962) i wykazania wieku niezgodnego z opisem świadczenia (13). Skorygowanych zostało 4.269 błędów.
2. W raportach świadczeniodawców AOS diabetologia i kardiologia wykryto dwa błędy importu (w jednym raporcie), które dotyczyły niewłaściwej sekwencji dat oraz niewskazania kodu procedury. Na etapie weryfikacji wykryto jeden błąd, polegający na wskazaniu niewłaściwego świadczenia, który został kolejnym raportem skorygowany przez świadczeniodawcę. (dowód: akta kontroli str. 67-75)

**3.2.** Roczne projekty planów kontroli na lata 2012-2014 sporządzane były przez „Zespół do tworzenia planu kontroli POW NFZ”. Typowania do planu kontroli dokonano na podstawie rankingu, uwzględniającego przekazane przez komórki organizacyjne propozycje obszarów kontroli, wynikające z analizy zagrożeń i potencjalnych nieprawidłowości, związanych z realizacją umowy. Wynika z nich, że głównymi przesłankami przeprowadzenia kontroli u świadczeniodawców były:

- w przypadku świadczeń AOS – informacje o wykazywaniu nieprawdziwych danych w dokumentacji udzielonych świadczeń, długi okres oczekiwania na leczenie, duża liczba udzielonych świadczeń (w szczególności przypadki udzielania świadczeń, w których zlecenie ma taką samą datę jak data świadczenia lub lekarzem kierującym jest lekarz wykonujący świadczenie), dwukrotne wykazywanie pacjentów na liście oczekujących,
- w przypadku świadczeń POZ – rozliczanie zwiększonych stawek kapitulacyjnych, przekazywanie nierzetelnych sprawozdań, nieprzestrzeganie godzin funkcjonowania.

Kontrolą też w pierwszej kolejności obejmowano nowych, dotychczas niekontrolowanych świadczeniodawców.

Projekty planów kontroli zostały zatwierdzone przez Dyrektora POW NFZ i przekazane do Centrali NFZ 22 grudnia 2011 r., 18 grudnia 2012 r. i 16 grudnia 2013 r., tj. 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 (termin ten ustalono w nim na 31 grudnia).

W latach 2012-2014 (I półrocze) przeprowadzonych zostało 15 kontroli świadczeniodawców z zakresu diabetologii i kardiologii (POW NFZ posiadał w tym okresie umowy zawarte z 52 świadczeniodawcami) oraz 27 kontroli świadczeniodawców POZ (POW NFZ w badanych latach posiadał umowy zawarte z odpowiednio 284, 286 i 284 świadczeniodawcami POZ). Na 11 świadczeniodawców z zakresu diabetologii i kardiologii nałożone zostały kary w wysokości 38,2 tys. zł, zaś 22 świadczeniodawców POZ zostało ukaranych karami w kwocie 256,6 tys. zł. Najczęściej stwierdzane nieprawidłowości w zakresie świadczeń kardiologicznych i diabetologicznych polegały na: nieupublicznianiu informacji o miejscu i czasie udzielania świadczeń<sup>13</sup>, nieterminowym zgłaszaniu do Podlaskiego OW NFZ zmian w zakresie osób udzielających świadczeń<sup>14</sup>, braku zbiorczej dokumentacji medycznej<sup>15</sup> oraz udzielaniu świadczeń w innym miejscu i czasie niż wskazane w umowie<sup>16</sup>. Najczęstszymi nieprawidłowościami w zakresie POZ były: nieprawidłowości w dokumentacji medycznej<sup>17</sup>, udzielanie świadczeń w innym miejscu i czasie niż wskazane w umowie, niewłaściwe wyposażenie miejsca udzielania świadczeń oraz niezgłoszenie zmian w obsadzie kadrowej. W wyniku stwierdzonych podczas kontroli nieprawidłowości rozwiązane zostały bez wypowiedzenia dwie umowy. Obie były zawarte z ZOZ Przychodnia Stomatologiczno-Lekarska E i B Falkowscy s.c. z Dąbrowy Białostockiej (działalność prowadzona w Augustowie) i dotyczyły świadczeń diabetologicznych i POZ. Podczas kontroli realizacji świadczeń diabetologicznych stwierdzono nieprawidłowości polegające m.in. na braku w poradni wymaganego personelu w godzinach wykazanych w formularzu ofertowym oraz na wykazaniu w formularzu ofertowym niezatrudnianych w ZOZ specjalistów. Również w przypadku kontroli realizacji umowy na świadczenia POZ stwierdzono, że w miejscu udzielania świadczeń nie było personelu deklarowanego w formularzu ofertowym. (dowód: akta kontroli str. 76-80)

**3.3. Analiza poziomu realizacji zawartych umów** należała w POW NFZ do obowiązków Działu Monitorowania, Analiz i Planowania Świadczeń. W dziale co miesiąc przygotowywane były zestawienia stanu realizacji umów, które przekazywane były do Działu Kontraktowania Świadczeń oraz do Działu Planowania i Analiz Ekonomicznych. Informacje te były wykorzystywane podczas tworzenia planu zakupu świadczeń oraz przygotowania propozycji finansowych na kolejny okres rozliczeniowy. Analiza poziomu realizacji umów dokonywana była również przez Dział Planowania i Analiz Ekonomicznych przy sporządzaniu wniosków dotyczących zmian finansowych umów.

W 2012 roku wartość niewykonanych świadczeń w zakresie AOS wyniosła 675.756 zł, co stanowiło 0,38% wartości świadczeń AOS wykonanych w 2012 roku (177.485.919 zł). Świadczeń kardiologicznych nie wykonało pięciu świadczeniodawców (z 31) na kwotę 36.905 zł, tj. 0,27% kosztów wykonanych świadczeń (13.918.357 zł), zaś diabetologicznych czterech (z 21) na kwotę 4.842 zł, tj. 0,11% wykonanych kosztów (4.158.449 zł).

Z kolei w 2013 roku wartość niewykonanych świadczeń w zakresie AOS wyniosła 62.906 zł, co stanowiło 0,03% wartości świadczeń AOS wykonanych w 2013 roku (185.662.316 zł). Świadczeń kardiologicznych nie wykonało dwóch (z 31) świadczeniodawców na kwotę 2.023 zł, tj. 0,01% kosztów wykonanych świadczeń (14.834.492 zł), zaś diabetologicznych jeden (z 21) na kwotę 9 zł, przy wykonaniu na kwotę 4.248.014 zł.

(dowód: akta kontroli str. 81-90)

<sup>13</sup> Wymaganych § 11 Ogólnych warunków umów.

<sup>14</sup> W terminach i na zasadach określonych w § 6 Ogólnych warunków umów.

<sup>15</sup> Wymaganej §40 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010r. w sprawie rodzajów i zakresów dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2010 r. Nr 252 poz. 1697).

<sup>16</sup> § 30 ust. 1 pkt. 2 lit. a) „Ogólnych warunków umów”.

<sup>17</sup> Niedopełnienie warunków określonych w rozporządzeniu w sprawie rodzajów i zakresów dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania.



**3.3.1.** Badanie stopnia wykonania umów zawartych ze świadczeniodawcami, którym zmniejszone zostały wartości umowy na świadczenia AOS z zakresu kardiologii i diabetologii lub którzy na koniec roku nie wykonali zakontraktowanych ilości świadczeń wykazało, że realizacja kontraktów była na bieżąco analizowana na podstawie comiesięcznych raportów i w przypadkach wskazujących na możliwość niewykonania kontraktu dokonywano zmniejszenia liczby zakontraktowanych świadczeń (punktów rozliczeniowych) i wartości umowy. W latach 2012-2014 (I półrocze) z tego powodu zmniejszono kontrakty 12 podmiotom udzielającym świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki kardiologicznej i diabetologicznej, łącznie o 765,7 tys. zł (81.299 punktów), w tym w 2012 roku pięciu świadczeniodawcom z zakresu diabetologii o 56,2 tys. zł (6.102 punkty) oraz w 2013 roku ośmiu świadczeniodawcom z zakresu diabetologii o 652,9 tys. zł (68.924 punkty) i trzem z zakresu kardiologii o 56,6 tys. zł (6.273 punkty). W I półroczu 2014 roku kontrakty nie były zmniejszane.

Środki pochodzące ze zmniejszeń kontraktów wpływały do puli środków, z których zwiększane były kontrakty na AOS, w tym świadczenia kardiologiczne i diabetologiczne. Zmniejszenia nie wpłynęły na obniżenie łącznej liczby zakontraktowanych świadczeń kardiologicznych i diabetologicznych. Z danych za lata 2012-2014 (I półrocze) przedstawionych w punkcie 1.2. wystąpienia wynika, że w żadnym z badanych lat ilość zakontraktowanych świadczeń diabetologicznych i kardiologicznych nie zmniejszyła się w stosunku do pierwotnie zakontraktowanych.

(dowód: akta kontroli str. 87-90, 97-98, 220-232, 271-272)

**3.3.2.** W latach 2012-2013 nadwykonania zgłosiło odpowiednio 30 i 13 świadczeniodawców z zakresu kardiologii na kwoty 709 tys. zł i 131,2 tys. zł (75.356 i 13.852 punkty) oraz 15 i 17 świadczeniodawców z zakresu diabetologii na kwoty 134,4 tys. zł i 96,3 tys. zł (14.613 i 10.437 punktów).

Poza jednym świadczeniodawcą z zakresu kardiologii, który w 2012 roku nie wystąpił o rozliczenia nadwykonania na kwotę 15.833 zł, zadeklarowane przez świadczeniodawców nadwykonania świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii i diabetologii w latach 2012-2013 zostały rozliczone przez POW NFZ zgodnie z zarządzeniami Dyrektora POW NFZ wydanymi w tej sprawie<sup>18</sup>. Podstawą finansowania wykonanych świadczeń zdrowotnych były aneksy rozliczające 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. W 2012 roku opłacono 96% zgłoszonych nadwykonań z zakresu kardiologii i 62% z zakresu diabetologii, zaś w 2013 roku odpowiednio 83% i 63% nadwykonań.

(dowód: akta kontroli str. 91-96)

**3.4.** Z danych POW NFZ wynika, że stawką kapitacyjną w potrójnej wysokości za osoby przewlekle chore na cukrzycę i choroby układu krążenia objętych było w latach 2012–2013 kolejno: 208.674 i 208.835 pacjentów POZ, a w I półroczu 2014 roku – 181.835. Koszt opieki nad tymi osobami wyniósł odpowiednio: 36.201.576 zł, 36.255.432 zł i 18.502.440 zł. Wprowadzenie podwyższonej stawki kapitacyjnej za te osoby nie wpłynęło na zmniejszenie liczby porad udzielanych tym pacjentom:

- w zakresie POZ liczba porad w 2012 roku wyniosła 807.046, w 2013 była o 1% wyższa i wyniosła 811.960, zaś w I półroczu 2014 roku udzielono 407.217 porad,
- w 2012 roku udzielono 103.682 porad kardiologicznych, w 2013 roku – 119.583, tj. o 15% więcej, a w I półroczu 2014 roku – 54.693,
- w 2012 roku udzielono 56.684 porad diabetologicznych, w 2013 roku – 57.088, tj. o 1% więcej, zaś w I półroczu 2014 roku – 25.295.

W POW NFZ nie analizowano wpływu wprowadzenia podwyższonej stawki kapitacyjnej za osoby przewlekle chore na cukrzycę i choroby układu krążenia na liczbę i wartość świadczeń POZ i AOS w kardiologii i diabetologii.

<sup>18</sup> 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 oraz zarządzenia Dyrektora POW NFZ Nr 6 z dnia 6 lutego 2013 r. i Nr 5 z dnia 17 stycznia 2014 r. w tych samych sprawach, dotyczące umów obowiązujących w latach: 2012 i 2013.

Z wyjaśnień Naczelnik Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej wynika, że wprowadzenie w POZ podwyższonej stawki kapitałowej nie miało wpływu na liczbę porad udzielonych w poradniach specjalistycznych i nie wpłynęło również na zmniejszenie liczby pacjentów będących pod opieką poradni specjalistycznych.

W uwagach do projektu zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej przekazanych przez POW NFZ do Centrali NFZ w lipcu 2014 roku wskazano, że należy opracować zasady rozliczania udzielonych świadczeń w ramach stawki 3,0 poprzez możliwość rozliczania udzielonych świadczeń wskaźnikiem korygującym jedynie w przypadku zakończenia diagnostyki prowadzonej w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i przekazania pacjenta do lekarza POZ oraz wprowadzenie obowiązku wykonania badań diagnostycznych monitorujących stan zdrowia świadczeniobiorców w przypadku rozliczania świadczeń stawką 3,0. (dowód: akta kontroli str. 82-86, 99, 206

Uwagi dotyczące badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że podczas kontroli prowadzonych przez POW NFZ u świadczeniodawców, szczególną uwagę należy zwrócić na prowadzenie przez nich list oczekujących na świadczenie oraz rzetelność przekazywanych do NFZ informacji o czasie i liczbie oczekujących na świadczenie. Przeprowadzone bowiem od września do grudnia 2014 roku przez Delegaturę NIK w Białymstoku kontrole u czterech świadczeniodawców udzielających ambulatoryjnych świadczeń kardiologicznych i diabetologicznych<sup>19</sup> wykazały nieprawidłowości w prowadzeniu list oczekujących we wszystkich skontrolowanych podmiotach. Dwa z nich przekazywały do NFZ dane o liczbie oczekujących i czasie oczekiwania niezgodne z zapisami na listach oczekujących, w tym jeden w sprawozdaniu za styczeń 2014 roku nie wykazał osób oczekujących na świadczenie, podczas gdy na liście oczekujących zapisane były 382 osoby. Miało to wpływ na rzetelność wykazywanych przez NFZ informacji o kolejkach do specjalistów.

Ustalone nieprawidłowości

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

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność POW NFZ w zakresie rozliczania umów o objęcie kontrolą świadczenia POZ i AOS.

#### IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi 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 Kontroli<sup>20</sup>, wnosi o rzetelne weryfikowanie danych zawartych w przygotowywanych projektach umów ze świadczeniodawcami.

#### V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia zastrzeżeń

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

Zgodnie z art. 54 ustawy 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 Białymstoku.

Obowiązek poinformowania NIK o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków

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

<sup>19</sup> Centrum Medyczne DIAGMEDICA z Białegostoku, NZOZ PULS z Grajewa, SP ZOZ im. dr E. Jelskiego w Knyszynie i NZOZ Specjalistyczny Ośrodek Medyczny SOMED w Łomży.

<sup>20</sup> Dz. U. z 2012 r., poz. 82, ze zm. Ustawa zwana dalej „ustawą o NIK”.



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.

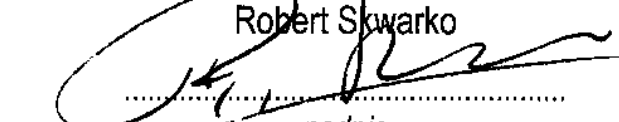
Białystok, dnia 23 grudnia 2014 r.

Kontroler  
Tomasz Suchowierski  
główny specjalista kontroli państwowej



.....  
podpis

DYREKTOR DELEGATURY  
Najwyższej Izby Kontroli w Białymstoku  
z up. WICEDYREKTOR  
Robert Skwarko



.....  
podpis

