



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Delegatura w Krakowie

LKR.410.005.01.2015  
P/15/059

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Delegatura w Krakowie  
ul. Łobzowska 67, 30-038 Kraków  
T +48 12 342 34 00, F +48 12 342 34 44  
[lkr@nik.gov.pl](mailto:lkr@nik.gov.pl)

# I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli

P/15/059 – Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2014 r.

Jednostka  
przeprowadzająca  
kontrolę

Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Krakowie

Kontrolerzy

- Marcin Stolarczyk, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 93793 z 8 kwietnia 2015 r.,
- Bernard Różański, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 93803 z 23 kwietnia 2015 r.,
- Janusz Klimek, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 93821 z 25 maja 2015 r.

(dowód: akta kontroli str. 1-8)

Jednostka  
kontrolowana

Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia<sup>1</sup>;

Kierownik jednostki  
kontrolowanej

Elżbieta Fryźlewicz - Chrapisińska<sup>2</sup> - p.o. Dyrektora Oddziału

(dowód: akta kontroli str. 107)

## II. Ocena kontrolowanej działalności<sup>3</sup>

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia wykonanie planu finansowego Oddziału za 2014 r. oraz nie wnosi zastrzeżeń w zakresie realizacji przez MOW NFZ wybranych zadań dotyczących: planowania, kontraktowania, kontroli, sprawozdawczości oraz wykonania wniosków pokontrolnych.

Uzasadnienie  
oceny ogólnej

Koszty świadczeń zdrowotnych, stanowiące 96,54% kosztów ogółem Oddziału na 2014 r., zostały zrealizowane na poziomie 97,97% planu. W celu jak najpełniejszego wykorzystania zaplanowanych środków na świadczenia zdrowotne dokonywano m.in. przebudowy kontraktów, przenosząc środki uzyskane z tego tytułu w łącznej wysokości 33,8 mln zł na sfinansowanie nadwykonań. Przed dokonaniem zmian w planie finansowym w trakcie 2014 r. oraz przygotowując proces kontraktowania (zakupu świadczeń) przeprowadzono stosowne analizy i prognozy. Plan zakupów na 2014 r. opracowano mając do dyspozycji „z góry” określony budżet, kierując się wytycznymi Centrali NFZ.

Oddział zrealizował plan zakupu świadczeń na 2014 r., a czynności podejmowane w zakresie przeprowadzenia w 2014 r. postępowań o zawarcie umowy na świadczenie opieki zdrowotnej były zgodne z obowiązującymi procedurami oraz przepisami prawa w tym zakresie.

W 10 wybranych zakresach świadczeń ustalono, iż w 2014 r. nie udało się skrócić we wszystkich przypadkach kolejek w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz leczenia szpitalnego. W kategorii stabilna nastąpił wzrost czasu oczekiwania w pięciu zakresach, natomiast w kategorii pilna w sześciu. W ocenie Izby poziom zabezpieczenia dostępu do świadczeń w 2014 r. stanowił wypadkową wielu czynników, w tym w szczególności wysokości środków na pokrycie kosztów opieki zdrowotnej oraz wielkości

<sup>1</sup> Dalej: MOW NFZ lub Oddział.

<sup>2</sup> W okresie od 1 maja 2009 r. do 25 marca 2015 r. (z przerwą od 10 lutego do 14 kwietnia 2014 r.) Dyrektorem Oddziału była Barbara Bulanowska.

<sup>3</sup> Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie.

i rozmieszczenia zasobów kadrowo – sprzętowych (potencjał wykonawczy) na terenie województwa małopolskiego.

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia realizację planów kontroli wewnętrznej. Oddział wdrażał zalecenia wynikające z przeprowadzonych audytów i kontroli wewnętrznych.

NIK nie wnosi uwag zarówno do sprawozdawczości finansowej, sprawozdawczości z realizacji zadań, jak i do sposobu prowadzenia kontroli świadczeniodawców. Oddział na bieżąco monitorował realizację wniosków z tych kontroli.

Oddział zrealizował wnioski pokontrolne sformułowane przez NIK w latach 2012-2014 po uprzednim przeprowadzeniu kontroli w zakresach: kontraktowania i wydatkowania środków publicznych na świadczenia opieki zdrowotnej w województwie małopolskim, wykonania planu finansowego NFZ w 2011 r. oraz dostępności i finansowania rehabilitacji leczniczej.

### **III. Opis ustalonego stanu faktycznego**

#### **1. Proces planowania zakupu świadczeń i sporządzania planu finansowego, ze szczególnym uwzględnieniem zagadnień związanych z wyceną świadczeń**

Opis stanu  
faktycznego

##### **1.1. Przygotowanie procesu kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej**

Plan zabezpieczenia świadczeń (zakupu) na 2014 r. uwzględniał potrzeby świadczeniobiorców, potencjał wykonawczy placówek, możliwości finansowe płatnika oraz uwarunkowania formalno–prawne kontraktowania, w tym m.in. konieczność obowiązkowego sfinansowania świadczeń posiadających status „bezlimitowych” (m.in. porody, leczenie inwazyjne ostrych zespołów wieńcowych, podstawowa opieka zdrowotna, przesiewowe programy profilaktyczne, refundacja leków w aptekach otwartych), jak również brak możliwości ograniczenia finansowania, czy „kolejkowania” świadczeń realizowanych w trybie ratującym życie lub nagłym. W celu ustalenia liczby świadczeń na dany rok Oddział przeprowadzał analizy różnego rodzaju danych, w tym dotyczących rzeczywistego poziomu realizacji świadczeń przekazywanych przez świadczeniodawców<sup>4</sup>. Stanowiły one podstawę oceny bieżącego oraz planowanego poziomu zabezpieczenia świadczeń. W zależności od specyfiki każdego planowanego rodzaju i zakresu świadczeń, waga poszczególnych elementów wpływających na kształt planu zakupów była różna.

W celu optymalnej alokacji środków finansowych, służącej zapewnieniu odpowiedniej dostępności i jakości świadczeń zdrowotnych, gromadzono i przetwarzano dane w zakresie: demografii, epidemiologii, map dostępności, analiz porównawczych (w relacji do innych województw oraz średniej krajowej), realizacji świadczeń (analiza ilościowa), realizacji świadczeń pod względem kosztów jednostkowych, ruchu międzyszpitalnego, migracji wewnątrz oraz międzyoddziałowych, analiz sezonowości, analiz trendów długookresowych, potencjału wykonawczego oraz kolejek oczekujących.

Plan zakupu przez MOW NFZ świadczeń zdrowotnych na 2014 r.<sup>5</sup>, opracowany na podstawie planu finansowego Oddziału na 2014 r. oraz analiz przeprowadzonych w opisanych wyżej zakresach, został sporządzony w oparciu o *Procedurę definiowania*

<sup>4</sup> Na podstawie analizy danych z informacji składanych przez czterech wybranych świadczeniodawców w zakresie świadczeń wykonanych w rodzajach: leczenie szpitalne (SZP/01), ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS/2) oraz rehabilitacja lecznicza za okres I połowy 2013 r. stwierdzono, iż średni czas pomiędzy wykonaniem świadczenia a jego sprawozdaniem wyniósł 25 dni. Przeanalizowano dane dotyczące 2 400 świadczeń jednostkowych o łącznej wartości 2 264 tys. zł i nie stwierdzono nieprawidłowości mających wpływ na rzetelność przygotowania planu finansowego i planu zakupów na 2014 r.

<sup>5</sup> Dokument przesłany do Centrali NFZ 2 oraz 3 października 2013 r.

*priorytetów i planowania zakupu świadczeń*, wprowadzoną na podstawie pisma Centrali NFZ – znak: DSOZ/2012/075/1544/W/22900/KKU z 3 września 2012 r.

(dowód: akta kontroli str. 13-23, 109, 138, 395)

Na rok 2014 zawarto łącznie 3 405 umów z 2 790 świadczeniodawcami, natomiast na 2013 r. zawarto 2 991 umów z 2 758 świadczeniodawcami. Wartość zakontraktowanych świadczeń na 2014 r.<sup>6</sup> wyniosła 4 092 388 tys. zł, co stanowiło 101,9% świadczeń zakontraktowanych na rok poprzedni.

(dowód: akta kontroli str. 48)

W następujących rodzajach świadczeń takich jak: leczenie szpitalne, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, rehabilitacja lecznicza, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, opieka paliatywna i hospicyjna, świadczenia zdrowotne na 2014 r. zostały zabezpieczone w drodze aneksowania umów zawartych w latach poprzednich. W związku z powyższym nie dokonywano w tych rodzajach zmian obszarów kontraktowania.

W ramach podstawowej opieki zdrowotnej dokonano modyfikacji w dotychczasowych obszarach kontraktowania. W celu poprawy dostępności do świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej zamiast 47 utworzono 50 obszarów zabezpieczenia dostosowanych do rzeczywistego ruchu pacjentów.

W zakresie profilaktycznych programów zdrowotnych, z uwagi na konieczność zwiększenia dostępności do badań prenatalnych, dotychczasowy obszar kontraktowania „województwo” zmieniono na „grupy powiatów” (subregiony). Pozostałe obszary kontraktowania w tym rodzaju świadczeń pozostały bez zmian.

W rodzaju świadczeń zdrowotnych leczenia stomatologicznego ustalono m.in., iż w 2013 r. oraz na okres I półrocza 2014 r. nie przeprowadzono konkursu ofert, a dotychczasowe umowy były aneksowane. W planie konkursu na II półrocze 2014 r. obszarem kontraktowania różniącym się od rekomendacji przekazanych przez Centralę NFZ, był zakres świadczeń protetyki stomatologicznej. Sugerowanymi obszarami kontraktowania były jednostki geograficzne od poziomu powiatów w dół. Na podstawie analiz Oddział ocenił jako bardziej adekwatny obszar grupy powiatów. W pozostałych zakresach przyjęto założenia zgodne z przekazanymi przez Centralę NFZ rekomendowanymi obszarami kontraktowania.

(dowód: akta kontroli str. 23-25)

W związku z opracowywaniem założeń do planu finansowego oraz planu zakupów świadczeń opieki zdrowotnej na 2014 r. MOW NFZ zwrócił się do 65 konsultantów wojewódzkich z prośbą o przedstawienie charakterystyki stanu aktualnego w reprezentowanych dziedzinach medycyny, ze wskazaniem perspektyw i pożądanych kierunków rozwoju oraz obszarów wymagających ewentualnego wzmocnienia. W odpowiedzi na zapytanie Oddziału wpłynęło 40 opinii konsultantów wojewódzkich. Część zawartych w nich uwag wykraczała poza kompetencje MOW NFZ (np. wnioski odnośnie zmiany wyceny katalogowej niektórych procedur, uzupełnienia koszyka świadczeń gwarantowanych lub zmiany warunków wymaganych do realizacji świadczeń), natomiast część miała w ocenie Oddziału charakter konstruktywny i poparty danymi, które uzupełniły wiedzę zespołów przygotowujących plan zakupu świadczeń na 2014 r. W procesie opracowywania planu zabezpieczenia świadczeń na 2014 r. analizowano również wnioski, opinie i uwagi przekazywane przez przedstawicieli władz jednostek samorządu terytorialnego oraz uwagi Rady Oddziału.

(dowód: akta kontroli str. 25-26, 109)

Na 2014 r. Oddział wyznaczył łącznie 13 priorytetów regionalnych dotyczących sześciu rodzajów świadczeń<sup>7</sup>. Określono cel priorytetu, sposób jego realizacji oraz mierniki służące realizacji celu.

(dowód: akta kontroli str. 211-213, 396-399)

<sup>6</sup> Stan przed aneksem dostosowującym do wykonania na podstawie ugody.

<sup>7</sup> W tym w ramach leczenia szpitalnego dotyczących radioterapii, chemioterapii i programów lekowych.

Ustalony plan kosztów świadczeń zdrowotnych na 2014 r.<sup>8</sup> nie różnił się od projektu Oddziału w tym zakresie.

(dowód: akta kontroli str. 111-112)

## 1.2 Przygotowanie planu finansowego Oddziału

Pismem z 9 lipca 2013 r. Oddział przesłał do Centrali NFZ projekt planu finansowego na 2014 r., którego poszczególne pozycje zostały ukształtowane w oparciu o dane i założenia przedstawione w pismach Prezesa NFZ z 18 czerwca 2013 r. oraz 2 lipca 2013 r. Kwota zaplanowana dla Oddziału na 2014 r. na świadczenia opieki zdrowotnej w wysokości 5 301 676 tys. zł była równa nakładom według pierwotnego planu na 2013 r. Wielkość planowanych kosztów zadań MOW NFZ na 2014 r., w tym kosztów świadczeń opieki zdrowotnej określono m.in. w oparciu o otrzymane z Centrali NFZ wytyczne i założenia, mając do dyspozycji z góry określony budżet.

Głównymi zasadami, którymi kierowano się przy konstruowaniu planu finansowego na 2014 r. były:

- konieczność utrzymania struktury rodzajowej planowanych kosztów świadczeń zdrowotnych,
- utrzymanie dotychczasowych zasad kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej z częściowym uwzględnieniem ewentualnych skutków projektowanych przez Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej NFZ zmian warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych rodzajach świadczeń zdrowotnych,
- budżet na refundację został ustalony przy uwzględnieniu zapisów art. 74 ustawy z 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 345),
- zabezpieczenie środków w poz. B 2.17 – rezerwa na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych na poziomie wykazanym w założeniach Centrali NFZ do projektu planu finansowego,
- koszty realizacji zadań ratownictwa medycznego przyjęto w oparciu o wytyczne Centrali NFZ uwzględniające wysokość dotacji, jaką Narodowy Fundusz Zdrowia przewiduje otrzymać na realizację zadań.

(dowód: akta kontroli str. 108-109)

Planowana wysokość środków przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej nie wzrosła w relacji do 2013 r. Fakt ten w powiązaniu z koniecznością zabezpieczenia odpowiednich kwot na finansowanie świadczeń o charakterze priorytetowym, skutkowało koniecznością modyfikacji dotychczasowej struktury nakładów (zarówno rodzajowej jak i zakresowej). Podstawowym celem planowania było zapewnienie utrzymania dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w roku 2014 na poziomie nie niższym niż w 2013 r., a w wybranych grupach świadczeń priorytetowych na poziomie wyższym<sup>9</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 109)

W toku kontroli procesu przygotowywania planu na 2014 r. stwierdzono m.in., iż planowane koszty świadczeń zdrowotnych na 2014 r. w poszczególnych ich rodzajach oraz zakresach nie zależały wprost od liczby osób oczekujących na dane świadczenie oraz od czasu oczekiwania. Z przedłożonej dokumentacji oraz złożonych wyjaśnień wynikało m.in., iż Oddział brał pod uwagę dane dotyczące kolejek oczekujących przy planowaniu na 2014 r.

W sprawie wykorzystania danych dotyczących kolejek w procesie kontraktowania Dyrektor Oddziału wyjaśniła m.in.: (...) *W procesie kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej na 2014 r. MOW NFZ prowadził szereg analiz mających na celu odpowiednią alokację środków finansowych. (...) MOW NFZ w sposób systematyczny dokonuje analiz jakości i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania oraz nadzoru nad realizacją umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.*

<sup>8</sup> Plan zatwierdzony 14 sierpnia 2013 r.

<sup>9</sup> Za priorytetowe zakresy w ramach AOS na 2014 r. uznano m.in. zakresy dziecięce oraz onkologiczne.

Realizacja tych działań wspierana jest poprzez stosowne dane, źródła informacji, narzędzia i metody, w tym dane dotyczące ilości osób oczekujących na świadczenia oraz czasu oczekiwania na nie. Jednym z priorytetów na rok 2014 było skrócenie kolejek oczekujących na endoprotezoplastykę stawów w ośrodkach, w których notowane były najdłuższe kolejki oczekujących oraz wyrównanie dostępności w stosunku do innych Oddziałów Wojewódzkich NFZ. Działanie to miało odzwierciedlenie w 5% zwiększeniu nakładów w zakresie: ortopedia w stosunku do roku 2013. Dynamiczny wzrost liczby pacjentów w 2013 roku, a co za tym idzie zwiększenie liczby oczekujących na świadczenia, miał także wpływ na wysokość kontraktów na rok 2014 w rodzaju: świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie. W zakresie: kompleksowe leczenie wrodzonej sztywności wielostawowej środki na rok 2014 zaplanowano w oparciu o symulowane rzeczywiste wykonanie i były one o blisko 223% większe od planu roku 2013 ze względu na rosnącą liczbę pacjentów jedynego ośrodka w Polsce realizującego przedmiotowe świadczenia. W zakresie: żywienie pozajelitowe i dojelitowe w warunkach domowych liczbę świadczeń zaplanowano w oparciu o symulowane wykonanie w roku 2013 na podstawie danych sprawozdawczych z 6 miesięcy (I-VI), co spowodowało wzrost w obydwu zakresach o 8,7% w stosunku do planu roku 2013. Przy ustalaniu wysokości środków w przedmiotowym zakresie uwzględniono dynamiczny wzrost liczby pacjentów kwalifikujących się do leczenia żywieniowego, którzy dzięki żywieniu w warunkach domowych mogli opuścić szpital. W planowaniu na 2014 rok, w niektórych rodzajach świadczeń uwzględniono głównie przyjęte priorytety ogólnopolskie i MOW NFZ. Ograniczenia planu finansowego, przy nowych okolicznościach np. w rodzaju AOS konieczność wyodrębnienia zakresów skojarzonych zabiegowych, nie pozwalały na przyjęcie dodatkowych założeń. Pomimo, że z przyjętych priorytetów nie wynika wprost działanie na rzecz skrócenia kolejek oczekujących, to analiza danych w tym zakresie była jednym z elementów procesu planowania. Należy podkreślić, że ustalony w oparciu o przyjęte priorytety poziom finansowania świadczeń, poprzez zwiększenie dostępności wpłynął pośrednio na skrócenie kolejek oczekujących w poszczególnych specjalnościach. MOW NFZ zwracał uwagę na kolejki oczekujących czego dowodem może być prowadzona korespondencja mailowa (w załączeniu przekazany zostaje wydruk mail dotyczący przedmiotowych danych, który Dział Kontraktowania otrzymał z komórki zajmującej się gromadzeniem danych kolejkowych – zał. 1 i 2). Przekazane dane pozwalały na analizę kolejek oczekujących w odniesieniu do zaplanowanych na 2014 r. nakładów. W większości poradni, w których czas oczekiwania wynosił powyżej 30 dni nastąpił wzrost nakładów, który mógł się przyczynić do skrócenia czasu oczekiwania. Jednocześnie należy również zwrócić uwagę, że zwiększenie nakładów nie zawsze wpływa na skrócenie okresu oczekiwania, jak to ma miejsce w przypadku specjalności, w których występuje ograniczony potencjał wykonawczy np. niewystarczająca liczba lekarzy czy ograniczona liczba poradni. Przykładowo przyczyną kolejek do ortodonty (umowa w rodzaju leczenie stomatologiczne) w Małopolsce jest niewystarczająca liczba lekarzy-ortodontów, chętnych realizować umowy w ramach NFZ. W załączeniu przekazujemy również przykładową korespondencję prowadzoną ze świadczeniodawcami (...) w roku 2013 w sprawie skrócenia czasu oczekiwania na świadczenia w zakresie gastrologii dziecięcej, która to korespondencja potwierdza, iż MOW NFZ niezależnie od przyjętej metodologii przy planowaniu zabezpieczenia świadczeń na kolejny rok kalendarzowy również w trakcie roku analizuje kolejki i reaguje stosownie do posiadanych środków (zał. 3). Przedmiotowe zwiększenie śródroczne dla tego przykładowego zakresu, przełożyło się również na wzrost nakładów w roku następnym, a tym samym wpłynęło na kolejki oczekujących. Planując wielkość kosztów świadczeń zdrowotnych w poszczególnych zakresach świadczeń w rodzajach świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz opieka paliatywna i hospicyjna na 2014 r. uwzględniono potrzeby świadczeniobiorców, priorytety zdrowotne oraz możliwości finansowe Funduszu. Liczba jednostek rozliczeniowych w poszczególnych zakresach świadczeń w obu rodzajach ustalana była na podstawie stwierdzonego wykonania zawartych umów w danym zakresie, symulowanych na cały okres rozliczeniowy, co uwzględniało rosnące zapotrzebowanie na powyższe świadczenia z uwagi na fakt notowania nadwykonań w poszczególnych zakresach świadczeń. W zakresie świadczeń w pielęgniarstwie długoterminowej domowej liczba jednostek ustalana była w odniesieniu do zakontraktowanej liczby etatów pielęgniarstwach oraz w oparciu o wskaźnik etatów przeliczeniowych na 10 tys. mieszkańców

w poszczególnych powiatach na terenie Małopolski. Ponadto, w zakresach związanych z wentylacją mechaniczną w warunkach stacjonarnych (...) prowadzone były telefoniczne rozmowy ze świadczeniodawcami, dotyczące liczby pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia, w szczególności przebywających na oddziałach szpitalnych, a ze świadczeniodawcami posiadającymi umowy w zakresie zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie korespondowano w celu uzyskania informacji o pacjentach objętych opieką w domu wraz z podziałem na prowadzone przez świadczeniodawców metody wentylacji (scany pism zał. 4). (...). Podkreślić należy, że zarówno w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, jak i opieka paliatywna i hospicyjna, kwoty określone na dany rodzaj świadczeń nie umożliwiały zaplanowania środków finansowych odpowiadających obok pokrycia kosztów aktualnego poziomu wykonania świadczeń u poszczególnych świadczeniodawców również kosztów koniecznych do zabezpieczenia świadczeń dla wszystkich pacjentów wykazanych w kolejkach oczekujących na udzielenie świadczenia(...). W przypadku lecznictwa uzdrowiskowego Oddział Funduszu przeprowadza postępowania o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w oparciu o środki finansowe wynikające z upoważnień udzielonych przez Dyrektorów poszczególnych OW NFZ do zaciągania zobowiązań w zakresie kosztów lecznictwa uzdrowiskowego. Ponadto każdy Oddział Funduszu prowadzi własną kolejkę oczekujących na potwierdzenie skierowania na leczenie uzdrowiskowe, zgodnie z art. 33 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 roku, poz. 581) i na bieżąco monitoruje czas oczekiwania i liczbę oczekujących. Powyższe ma bezpośredni wpływ na planowanie środków finansowych na poszczególne zakresy świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 57-85)

Z analizy zapisów Planu zakupów świadczeń na 2014 r. wynikało m.in., iż w stosunku do roku poprzedniego (2013) nastąpiło zwiększenie wartości świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Środki na ten cel miały pochodzić m.in. z ograniczania niektórych kosztów z zakresu leczenia szpitalnego.

(dowód: akta kontroli str. 138-142)

Monitoring cen jednostkowych odbywał się poprzez porównanie cen między województwami na podstawie danych ogólnopolskich przekazywanych przez Centralę oraz na obszarze województwa między poszczególnymi świadczeniodawcami realizującymi świadczenia w danym zakresie. We wszystkich rodzajach świadczeń, które podlegały aneksowaniu umów na rok 2014, utrzymano ceny na poziomie roku 2013. Wyjątek stanowił zakres: świadczenia w zakładzie opiekuńczo – leczniczym dla dzieci i młodzieży w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, gdzie zgodnie z sugestią Centrali NFZ<sup>10</sup> nastąpił wzrost ceny za osobodzień ze stawki 80 zł na 92 zł.

Ponadto ustalono, iż w rodzaju leczenie stomatologiczne rok 2014 podzielono na dwa okresy rozliczeniowe. W przypadku I półrocza umowy były aneksowane po cenach 2013 r., natomiast ceny na II półrocze 2014 r. przyjęto na poziomie cen maksymalnych obowiązujących w 2013 r.

(dowód: akta kontroli str. 27-28)

#### Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli nie wnosi uwag do procesu tworzenia planu finansowego Oddziału oraz opartego na nim planu zakupów (zabezpieczenia świadczeń). W ramach posiadanych do dyspozycji środków finansowych zaplanowano ich rozdysponowanie, uwzględniając określone na 2014 r. priorytety, wytyczne Centrali Funduszu oraz dostępne dane statystyczne.

<sup>10</sup> Wyrażoną w piśmie z 17 lutego 2013 r.

## 2. Proces kontraktowania i zabezpieczenia dostępu do świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych i świadczeniobiorców

Opis stanu faktycznego

W 2014 r. Oddział wszczął procedurę w zakresie 681 konkursów ofert na zawarcie umowy o świadczenie opieki zdrowotnej, z czego: 608 konkursów rozstrzygnięto, 52 zostały unieważnione, a 21 konkursów odwołano. Po przeprowadzeniu w 2014 r. postępowań konkursowych Oddział nie zawarł umów ze świadczeniodawcami, którzy złożyli 445 spośród wszystkich 1 923 ofert. W 342 przypadkach nie wybrano ofert ze względu na ich pozycję w rankingu, w 64 przypadkach oferty zostały odrzucone<sup>11</sup>, w 18 przypadkach przyjęto oferty jedynie w części<sup>12</sup>, w 11 przypadkach po przyjęciu oferty podpisywano protokół końcowy z negocjacji z rozbieżnymi stanowiskami, osiem ofert pozostawiono bez rozpoznania<sup>13</sup>, jedna oferta została złożona po terminie, a w jednym przypadku świadczeniodawca zrezygnował z zawarcia umowy.

(dowód: akta kontroli str. 97, 326-371)

W 2014 r. wszczęto cztery postępowania główne na zawarcie umów w poszczególnych rodzajach świadczeń. Były to postępowania w zakresie: leczenia stomatologicznego, ratownictwa medycznego, podstawowej opieki zdrowotnej – nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej oraz profilaktycznych programów zdrowotnych. Powyższe podyktowane było faktem, że w trakcie 2014 r. upływał okres obowiązywania dotychczas zawartych umów w przytoczonych zakresach. Terminy wszczęcia i rozstrzygnięcia poszczególnych postępowań w odniesieniu do dat obowiązywania poprzednich umów wskazywały na zapewnienie przez Oddział ciągłości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w 2014 r. W pozostałych zakresach świadczeń umowy zawierane były w latach wcześniejszych po przeprowadzeniu postępowań konkursowych lub rokowań, w szczególności w 2010 r.

(dowód: akta kontroli str. 98-99)

Wartość umów zawartych w 2014 r. na poszczególne rodzaje świadczeń kształtowała się w odniesieniu do roku poprzedniego następująco:

W ramach podstawowej opieki zdrowotnej zawarto umowy o łącznej wartości 663 616 tys. zł (co stanowiło wzrost o 1,45% w stosunku do wartości zawartych umów w 2013 r.). W przeliczeniu na jednego ubezpieczonego według stanu na 31 grudnia 2013 r. wartość zawartych umów wyniosła 222,15 zł, a na 31 grudnia 2014 r. było to 225,7 zł (wzrost o 1,6%). W przeliczeniu na jednego świadczeniobiorcę<sup>14</sup> było to 210,56 zł w 2013 r. i 213,17 zł w 2014 r. (wzrost o 1,24%).

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna została zakontraktowana na sumę 458 700 tys. zł (2,6% wzrostu do wartości umów z 2013 r.). Przeliczając powyższe wartości na jednego ubezpieczonego uzyskano kwotę 151,88 zł w 2013 r. i 156,01 zł w 2014 r. (wzrost o 2,72%). Na jednego świadczeniobiorcę było to odpowiednio 143,95 zł w 2013 r. i 147,35 zł w 2014 r. (wzrost o 2,36%).

<sup>11</sup> W ramach 64 odrzuconych ofert: 54 nie spełniało wymaganych warunków, określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Prezesa NFZ na podstawie art. 146 ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581 ze zm.) - w tym jedna dodatkowo zawierała nieprawdziwe informacje, a w jednej oferent nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów i nie uzupełnił ich w terminie; cztery oferty dostarczały nieprawdziwych informacji; trzy oferty były nieważne na podstawie odrębnych przepisów; w dwóch ofertach świadczeniodawcy nie przełożyli wszystkich wymaganych dokumentów i nie uzupełnili ich w terminie; w jednym przypadku oferta zawierała rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia.

<sup>12</sup> Powodem tego było złożenie propozycji w ofercie na mniej niż pół etatu przeliczeniowego lub miejsce udzielania świadczeń poza obszarem kontraktowania określonym w postępowaniu.

<sup>13</sup> Wśród ośmiu ofert pozostawionych bez rozpoznania w dwóch stwierdzono niezgodności oferty z formatem zapytań ofertowych i towarzyszących im wzorów ankiet, a w sześciu przypadkach oferenci, którzy złożyli ofertę posiadali już umowy z Funduszem w rozpatrywanym zakresie.

<sup>14</sup> Definicja świadczeniobiorcy zawarta została w art. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Wydatki z tytułu leczenia szpitalnego, będącego najdroższym rodzajem świadczeń, ustalono w wysokości 2 578 341 tys. zł (1,98% wzrostu). W 2013 r. wartość zawartych umów w tym zakresie świadczeń wyniosła na jednego ubezpieczonego 858,68 zł, a w 2014 r. 876,92 zł (wzrost o 2,12%). W przeliczeniu na jednego świadczeniobiorcę było to 813,86 zł w 2013 r. i 828,23 zł w 2014 r. (wzrost o 1,77%).

Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień wyceniona została na sumę 165 252 tys. zł (1,26% wzrostu), co stanowiło 56,2 zł na jednego ubezpieczonego (wzrost o 1,39% do roku 2013, kiedy przelicznik ten wyniósł 55,43 zł) i 53,08 zł na jednego świadczeniobiorcę (wzrost o 1,05% w stosunku do 2013 r., w którym wartość ta wyniosła 52,53 zł). Rehabilitację leczniczą zakontraktowano na łączną kwotę 183 469 tys. zł (wzrost o 2,67%). W przeliczeniu na jednego ubezpieczonego stanowiło to 60,69 zł w 2013 r. i 62,4 zł w 2014 r. (2,82% wzrostu). Na jednego świadczeniobiorcę było to 57,52 zł i 58,94 zł (wzrost w 2014 r. o 2,47%).

Wartość umów o świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej wyniosła 115 922 tys. zł (wzrost o 2,41%). Średnio na jednego ubezpieczonego w 2013 r. przypadła zakontraktowana kwota 38,44 zł, a w 2014 r. 39,43 zł (wzrost o 2,58%). W przeliczeniu na jednego świadczeniobiorcę 36,44 zł w 2013 r. i 37,24 zł w 2014 r. (2,2% wzrostu).

Wydatki na opiekę paliatywną i hospicyjną określono w umowach na sumę 33 272 tys. zł (wzrost o 6,73%). Na jednego ubezpieczonego przypadało 10,59 zł w 2013 r. i 11,32 zł w 2014 r. (wzrost o 6,89%). Na jednego świadczeniobiorcę było to średnio 10,03 zł i 10,69 zł (6,58% wzrostu).

W rodzaju leczenie stomatologiczne zawarto umowy na łączną kwotę 182 207 tys. zł (wzrost o 0,03%), co w przeliczeniu na ubezpieczonego wynosiło 61,86 zł w 2013 r. i 61,97 zł w 2014 r. (wzrost o 0,18%). Przeciętnie na jednego świadczeniobiorcę było to 58,63 zł i 58,53 zł w 2014 r. (w odniesieniu do 2013 r. stanowiło to 99,83%).

Leczenie uzdrowiskowe zakontraktowano na sumę 79 356 tys. zł (co stanowiło 97,44% wartości umów zawartych w 2013 r.). W przeliczeniu na jednego ubezpieczonego stanowiło to 27,66 zł w 2013 r. i 26,99 zł w 2014 r. (97,58% w odniesieniu do 2013 r.). Na jednego świadczeniobiorcę przypadało 26,21 zł w 2013 r. i 25,49 zł w 2014 r. (97,25% w porównaniu z rokiem poprzednim).

Umowy na pomoc doraźną i transport sanitarny zawarto na sumę 1 497 tys. zł (była to taka sama kwota jak w roku poprzednim). W latach 2013-2014 dało to średnio na jednego ubezpieczonego 0,51 zł oraz na jednego świadczeniobiorcę 0,48 zł.

Koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu określono w umowach na 2014 r. w wysokości 10 485 tys. zł (wzrost o 5,09% do roku 2013). Przeliczając powyższe na jednego ubezpieczonego otrzymano 3,39 zł w 2013 r. i 3,57 zł w 2014 r. (wzrost o 5,31%). Na jednego świadczeniobiorcę przypadało 3,21 zł w 2013 r. i 3,37 zł w 2014 r. (wzrost o 4,98%).

Wartość świadczeń zdrowotnych kontraktowanych odrębnie określono w zawartych umowach na sumę 145 661 tys. zł (2,64% wzrostu). Na jednego ubezpieczonego stanowiło to 48,2 zł w 2013 r. i 49,54 zł w 2014 r. (2,78% wzrostu). W przeliczeniu na świadczeniobiorcę było to 45,68 zł w 2013 r. i 46,79 zł w 2014 r. (wzrost o 2,43%).

Rodzaj zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawa, o których mowa w ustawie o refundacji zakontraktowano na kwotę łączną 67 985 tys. zł (12,69% wzrostu). Na jednego ubezpieczonego przypadało 20,49 zł w 2013 r. i 23,12 zł w 2014 r. (wzrost o 12,84%). W przeliczeniu na jednego świadczeniobiorcę było to 19,42 zł i 21,84 zł w 2014 r. (12,46% wzrostu do roku 2013).

Koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego określono w zawartych umowach na sumę 139 169 tys. zł (wzrost o 0,56%), co dawało 47 zł na jednego ubezpieczonego w 2013 r. i 47,33 zł w 2014 r. (wzrost o 0,7%), a na jednego świadczeniobiorcę 44,55 zł w 2013 r. i 44,7 zł w 2014 r. (0,34% wzrostu).

W latach 2013 i 2014 nie wystąpiły koszty programów polityki zdrowotnej realizowanych przez Oddział na zlecenie.

Wartość wydatków realizowanych w oparciu o powyższe umowy o świadczenie opieki zdrowotnej w 2014 r. (w porównaniu do 2013 r.) w przeliczeniu na jednego ubezpieczonego i świadczeniobiorcę kształtowała się następująco<sup>15</sup>:

W zakresie podstawowa opieka zdrowotna na jednego ubezpieczonego wydatkowano 222,15 zł w 2013 r. i 225,70 zł w 2014 r. (wzrost o 1,6%). Wydatki w przeliczeniu na jednego świadczeniobiorcę wyniosły 210,56 zł w 2013 r. i 213,17 zł w 2014 r. (wzrost o 1,24%).

W przypadku ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wydatki na jednego ubezpieczonego w 2013 r. wyniosły 156,4 zł i 157,71 zł w 2014 r. (wzrost o 0,84%), wydatki na jednego świadczeniobiorcę wyniosły 148,24 zł w 2013 r. i 148,96 zł w 2014 r. (wzrost o 0,49%).

Wydatki na leczenie szpitalne w przeliczeniu na jednego ubezpieczonego wyniosły 872,85 zł w 2013 r. i 893,08 zł w 2014 r. (wzrost o 2,32%), w przeliczeniu na świadczeniobiorcę było to 827,29 zł w 2013 r. i 843,5 zł w 2014 r. (wzrost o 1,96%).

Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień kosztowało 55,74 zł na ubezpieczonego w 2013 r. i 56,49 zł w 2014 r. (wzrost o 1,35%) oraz 52,83 zł na świadczeniobiorcę w 2013 r. i 53,35 zł w 2014 r. (0,98% wzrostu).

Wydatki na rehabilitację leczniczą wyniosły 62,85 zł na jednego ubezpieczonego w 2013 r. i 63,14 zł w 2014 r. (wzrost o 0,46%), a w przeliczeniu na jednego świadczeniobiorcę było to 59,57 zł w 2013 r. i 59,63 zł w 2014 r. (wzrost o 0,1%).

Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej przeliczając na jednego ubezpieczonego kosztowały 39,04 zł w 2013 r. i 39,37 zł w 2014 r. (wzrost o 0,85%), a na jednego świadczeniobiorcę koszt ten wyniósł 37,01 zł w 2013 r. i 37,18 zł w 2014 r. (0,46% wzrostu).

Uśrednione wydatki z tytułu opieki paliatywnej i hospicyjnej w wyniosły odpowiednio 11,05 zł w 2013 r. i 11,95 zł w 2014 r. (wzrost o 8,14%) w przeliczeniu na jednego ubezpieczonego. Na jednego świadczeniobiorcę było to 10,47 zł w 2013 r. i 11,29 zł w 2014 r. (wzrost o 7,83%).

Wydatki na jednego ubezpieczonego w zakresie leczenie stomatologiczne wyniosły 62,55 zł w 2013 r. i 61,9 zł w 2014 r. (co stanowiło 98,96% w odniesieniu do 2013 r.) oraz (na jednego świadczeniobiorcę) 59,29 zł w 2013 r. i 58,46 zł w 2014 r. (98,6% wartości z 2013 r.).

---

<sup>15</sup> Sumy wydatków w 2014 r. w podziale na poszczególne rodzaje świadczeń wyniosły: podstawowa opieka zdrowotna – 663 616 tys. zł (101,45% wydatków w 2013 r.), w tym 1 180 tys. zł przeznaczono na leczenie ubezpieczonych spoza regionu; ambulatoryjna opieka specjalistyczna – 463 708 tys. zł (100,69% w odniesieniu do 2013 r.), w tym 17 268 tys. zł na ubezpieczonych spoza regionu; leczenie szpitalne – 2 625 855 tys. zł (102,17% do wydatków w 2013 r.), w tym 255 177 tys. zł na ubezpieczonych spoza regionu; opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – 166 082 tys. zł (101,2%), w tym 16 184 tys. zł ubezpieczeni spoza regionu; rehabilitacja lecznicza – 185 641 tys. zł (100,32%), w tym 14 932 tys. zł ubezpieczeni spoza regionu; świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej – 115 752 tys. zł (100,68%), w tym 5 279 tys. zł ubezpieczeni spoza regionu; opieka paliatywna i hospicyjna – 35 131 tys. zł (108%), w tym 1 315 tys. zł ubezpieczeni spoza regionu; leczenie stomatologiczne – 182 001 tys. zł (98,81%), w tym 5 589 tys. zł ubezpieczeni spoza regionu; leczenie uzdrowiskowe – 78 094 tys. zł (98,54%), w tym 61 198 tys. zł na ubezpieczonych spoza regionu; pomoc doraźna i transport sanitarny – 1 497 tys. zł (100%), w tym zakresie nie wystąpiły wydatki na ubezpieczonych spoza regionu; koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu – 10 273 tys. zł (104,03%), w tym 229 tys. zł na ubezpieczonych spoza regionu; świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie – 153 313 tys. zł (105,27%), w tym 12 739 tys. zł na ubezpieczonych spoza regionu; zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawa, o których mowa w ustawie o refundacji – 67 985 tys. zł (112,69%) – brak wydatków na ubezpieczonych spoza regionu; koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego – 139 169 tys. zł (100,56% w odniesieniu do 2013 r.) - brak wydatków na ubezpieczonych spoza regionu.

Koszty leczenia uzdrowiskowego wyniosły: 26,92 zł w 2013 r. i 26,56 zł w 2014 r. (na jednego ubezpieczonego – co stanowiło 98,66% średniej z 2013 r.) oraz 25,51 zł w 2013 r. i 25,09 zł w 2014 r. (na jednego świadczeniobiorcę – co stanowiło 98,35% wartości z 2013 r.).

Wydatki na pomoc doraźną i transport sanitarny były na takim samym poziomie w 2013 r. i w 2014 r. (0,51 zł w przeliczeniu na ubezpieczonego i 0,48 zł na świadczeniobiorcę).

Koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu w przeliczeniu na ubezpieczonego wyniosły w 2013 r. 3,35 zł, a w 2014 r. 3,49 zł (4,18% wzrostu). Koszty te w przeliczeniu na świadczeniobiorcę wyniosły 3,18 zł w 2013 r. i 3,3 zł w 2014 r. (wzrost o 3,77%).

Wydatki z tytułu świadczeń zdrowotnych kontraktowanych odrębnie wyniosły 49,46 zł na jednego ubezpieczonego w 2013 r. i 52,14 zł w 2014 r. (5,42% wzrostu). Na jednego świadczeniobiorcę wydatki wyniosły 46,88 zł w 2013 r. i 49,25 zł w 2014 r. (wzrost o 5,06%).

Uśrednione wydatki na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawę wyniosły na jednego ubezpieczonego 20,49 zł w 2013 r. i 23,12 zł w 2014 r. (12,84% wzrostu) oraz na jednego świadczeniobiorcę 19,42 zł w 2013 r. i 21,84 zł w 2014 r. (wzrost o 12,46%).

Koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego w przeliczeniu na ubezpieczonego wyniosły 47 zł w 2013 r. i 47,33 zł w 2014 r. (0,7% wzrostu), co w przeliczeniu na świadczeniobiorcę stanowiło 44,55 zł w 2013 r. i 44,7 zł w 2014 r. (0,34% wzrostu w stosunku do 2013 r.).

(dowód: akta kontroli str. 86)

Zawarcie i realizacja w 2014 r. umów w zakresie opisanych powyżej rodzajów świadczeń wynikały z opracowanego planu zakupów. Świadczenia zdrowotne zawarte w planie na 2014 r. pokrywały się (co do poszczególnych szczegółowych ich zakresów) z planem na 2013 r. Plan zakupu na 2014 r. został zrealizowany w blisko 100%<sup>16</sup>. W roku 2014 nie udało się zakontraktować tylko jednej pozycji zawartej w planie. Była to kompleksowa ambulatoryjna opieka specjalistyczna nad pacjentem zakażonym HIV, leczonym lekami antyretrowirusowymi<sup>17</sup>. W postępowaniu nie złożono żadnej oferty, a jak wyjaśniła p.o. Naczelnik Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej mimo organizowania kolejnych postępowań konkursowych od 2008 r. brak było realizatorów zainteresowanych zawarciem umowy w tym zakresie świadczeń. Ponadto kontrola NIK nie wykazała, by wzrost lub spadek środków finansowych przeznaczanych na poszczególne rodzaje świadczeń zdrowotnych (rok 2014 w porównaniu z 2013 r.) bezpośrednio wpływał na odpowiedni wzrost lub spadek ilości jednostek rozliczeniowych tych świadczeń<sup>18</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 104-106, 226-235, 326-371, 400)

W 2014 r. Oddział opracował dokument pn. Raport z przebiegu procesu aneksowania umów wieloletnich oraz informacja o stanie zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na rok 2014 w województwie małopolskim. Celem opracowania dokumentu było m.in. syntetyczne ujęcie oraz podsumowanie prac wykonanych przez MOW NFZ w zakresie kontraktowania na 2014 r. oraz przedstawienie faktów i danych dotyczących zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w Małopolsce.

(dowód: akta kontroli str. 425-581)

W badanym okresie Dyrektor Oddziału wprowadził dwa zarządzenia<sup>19</sup> ws. częściowego odstąpienia od procedury kontraktowania świadczeń. Powyższe dotyczyło pięciu postępowań w trybie konkursu ofert<sup>20</sup>. W każdym z tych przypadków odstąpienia

<sup>16</sup> Stwierdzono w oparciu o kody świadczeń.

<sup>17</sup> Kod świadczenia: 02.1342.002.01.

<sup>18</sup> W badaniu tym posłużono się zestawieniem ilości jednostek rozliczeniowych w poszczególnych rodzajach świadczeń, finansowanych przez Oddział w latach 2013-2014.

<sup>19</sup> Zarządzenie nr 23/14 z 30 stycznia 2014 r. oraz zarządzenie nr 771/14 z 19 sierpnia 2014 r.

<sup>20</sup> Były to konkursy ofert na leczenie szpitalne w zakresie świadczeń program lekowy i leki w programie lekowym odpowiednio: 06-14-000690/LSZ/03/5/03.0000.359.02/1 - leczenie czerniaka skóry lub błon śluzowych ipilimumabem - złożono dwie oferty (8 i 11 sierpnia 2014 r.); 06-14-

od procedur dokonano po zapoznaniu się z liczbą oferentów. W zakresie czterech konkursów ze stycznia 2014 r. odstąpiono od pkt 3.1.4.9 procedury nr 2013/001/BO/KONTR/5.9.2 o treści „Sprawdzenie powtarzalności personelu wykazywanego w poszczególnych ofertach w relacji z pozostałymi jak również ustalenia spornych elementów między ofertami oraz łącznego czasu pracy wykazywanego w ofertach przekraczającego 48 godzin tygodniowo z wyłączeniem dyżurów”. Powyższe uzasadniono zagrożeniem „niedotrzymania terminów przy zawarciu umów ustalonych w ogłoszeniu o postępowaniu konkursowym”<sup>21</sup>. Zagrożenie to wynikało ze specyfiki zakresu świadczeń jakim były programy zdrowotne (lekowe), uniemożliwiającej wskazanie przez oferentów łącznego czasu pracy personelu udzielającego świadczeń tylko w danym zakresie, gdyż świadczenia te realizowane były na oddziałach oraz w poradniach, gdzie personel udzielał (w tych samych godzinach pracy) świadczeń w ramach innych umów. Rozwiązanie takie dopuszczał § 6 ust. 6 zarządzenia Prezesa NFZ nr 27/2012/DGL z 10 maja 2012 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy zdrowotne (lekowe). W przypadku konkursu z sierpnia 2014 r. odstępstwo od procedury nr 2014/001/BO/KONTR/5.10 polegało na pominięciu pkt 3.1.4.9 w brzmieniu „Sprawdzenie powtarzalności personelu wykazywanego w poszczególnych ofertach w relacji z pozostałymi. Ustalenie spornych elementów między ofertami oraz łącznego czasu pracy wykazywanego w ofertach” i zostało uzasadnione analogicznie jak w przypadku wyżej opisanych czterech konkursów.

(dowód: akta kontroli str. 97, 216-225)

Szczegółowa kontrola prowadzenia postępowań w trybie konkursu ofert na zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>22</sup> wykazała zgodność z obowiązującymi w tym zakresie przepisami. Sposób publikacji ogłoszeń o postępowaniach oraz zawarta w nich treść spełniały wymogi § 1 ust. 1 oraz § 2 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań<sup>23</sup>. Komisje konkursowe powoływane były przez Dyrektora Oddziału zgodnie z § 5 ust. 1 powyższego rozporządzenia. Ponadto w każdym zbadanym przypadku członkowie tych komisji stosownie do § 5 ust. 3 ww. rozporządzenia składali oświadczenia, że nie zachodzą wobec nich przesłanki, które odbierałyby im prawo do sprawowania funkcji członka komisji.

---

000036/LSZ/03/5/03.0000.352.02/1 – leczenie płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi w skojarzeniu z radioterapią w miejscowo zaawansowanej chorobie; 06-14-000037/LSZ/03/5/03.0000.353.02/1 – leczenie wysoko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego trzustki; 06-14-000039/LSZ/03/5/03.0000.354.02/1 – leczenie lenaliodomid w leczeniu chorych na opornego lub nawrotowego szpiczaka mnogiego; 06-14-000038/LSZ/03/5/03.0000.355.02/1 – indukcja remisji wrzodziejącego zapalenia jelita grubego (w dniach 27 i 28 stycznia 2014 r. złożono łącznie jedenaście ofert w powyższych czterech konkursach).

<sup>21</sup> Było to zgodne z postanowieniami procedury 2013/001/BO/KONTR/5.9.2 opisanymi w części „Wyłączenie stosowania procedury” (str. 20-21).

<sup>22</sup> Kontrolę przeprowadzono w zakresie sześciu losowo wybranych postępowań: nr 06-14-000752/AOS/02/1/02.1210.001.02/01 – świadczenia w zakresie genetyki na terenie Krakowa (wartość wybranych w postępowaniu ofert wyniosła 7,5 tys. zł), nr 06-14-000754/AOS/02/1/02.1616.001.02/01 – świadczenia w zakresie logopedii na terenie powiatu wadowickiego (wartość wybranej oferty wyniosła 3,6 tys. zł), nr 06-14-000620/AOS/02/3/02.7220.072.02/01 – badania tomografii komputerowej na terenie powiatu oświęcimskiego (wartość wybranej oferty wyniosła 321,7 tys. zł), nr 06-14-000680/LSZ/03/1/01 – leczenie szpitalne w zakresie okulistyka – hospitalizacja planowa na terenie Tarnowa (wartość wybranej oferty wyniosła 1 554,4 tys. zł), nr 06-14-000690/LSZ/03/5/03.0000.359.02/01 – leczenie szpitalne w zakresie leczenia czerniaka skóry lub błon śluzowych ipilimumabem na obszarze Małopolski (wartość wybranych ofert wyniosła 5 656,0 tys. zł), nr 06-14-000624/LSZ/03/1/03.4530.030.02/01 – leczenie szpitalne w zakresie chirurgii naczyniowej na obszarze powiatów: bocheńskiego, brzeskiego, dąbrowskiego, krakowskiego, miechowskiego, myślenickiego, proszowickiego, tarnowskiego, wielickiego oraz miasta Krakowa i Tarnowa (wartość wybranych ofert wyniosła 4 701,7 tys. zł).

<sup>23</sup> Dz. U. z 2004 r. Nr 273, poz. 2719.

W żadnym ze skontrolowanych postępowań nie wystąpiła sytuacja, by ewentualne zmiany cen na etapie negocjacji lub zmiany ocen punktowych poszczególnych ofert wpłynęły na pozycję danej oferty w rankingu i by w konsekwencji miało to wpływ na wybór oferty. W dwóch przypadkach, gdy liczba jednostek rozliczeniowych ustalonych na etapie negocjacji odbiegała od pierwotnych propozycji złożonych w ofertach uzasadnione zostało to oceną oferty i możliwości wytwórczych oferenta.

Proces negocjacji finalizowany był stosownymi protokołami, co wyczerpywało wymogi zawarte w § 15 ust. 4 Regulaminu pracy komisji, stanowiącego załącznik do uchwały Rady NFZ nr 36/2005/I z 4 października 2005 r. w sprawie przyjęcia Regulaminu pracy komisji prowadzącej postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Protokoły te zawierały w szczególności informacje o ustaleniu ostatecznego stanowiska odnośnie ceny i liczby świadczeń.

W każdym skontrolowanym przypadku stwierdzono prawidłowe obliczenie wartości punktowych złożonych ofert, zgodne z załącznikiem nr 1 i załącznikiem nr 2 do zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 3/2014/DSOZ z dnia 23 stycznia 2014 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zastosowane kryteria dotyczące jakości i ciągłości udzielania świadczeń były zgodne z obowiązującymi uregulowaniami w tym zakresie i nie ograniczały nowym podmiotom udziału w postępowaniach dotyczących zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Dokumentacja postępowań, w tym wyniki przeprowadzonych przez Oddział w toku postępowania konkursowego kontroli u oferentów<sup>24</sup>, wskazywały na prawdziwość danych, w oparciu o które dokonano oceny ofert. Ponadto czas pracy (udzielania świadczeń) proponowany przez oferentów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna spełniał wymogi Funduszu.

(dowód: akta kontroli str. 87, 100-103, 372-394)

W poddanym kontroli 2014 r. nie wystąpiły przypadki zawierania umów na podstawie art. 161b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z którym w przypadku, gdy w wyniku przeprowadzonego postępowania w trybie konkursu ofert zostaną zawarte na rok następny umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej powodujące zmniejszenie, na terenie oddziału wojewódzkiego Funduszu, dostępu do świadczeń gwarantowanych w danym zakresie w stosunku do roku bieżącego, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może przeprowadzić dodatkowe postępowanie w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

(dowód: akta kontroli str. 326-371)

Dyrektor Oddziału wydał w 2014 r. 117 decyzji dotyczących rozstrzygnięć ws. odwołań, składanych w trybie art. 154 ww. ustawy przez świadczeniodawców biorących udział w postępowaniu konkursowym. 116 dotyczyło oddalenia odwołania, a w jednym przypadku jego uwzględnienia. Efektem tego było przeprowadzenie dodatkowego postępowania w trybie rokowań, stosownie do art. 154 ust. 7 ww. ustawy. W przypadku siedmiu decyzji oddalających odwołanie świadczeniodawcy skorzystali z prawa złożenia wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy, w oparciu o art. 154 ust. 4 ww. ustawy. W każdej z tych siedmiu spraw (dotyczących czterech oferentów) Dyrektor Oddziału wydał decyzje, na mocy których uchylono decyzje ws. oddalenia odwołań i przystąpiono do rokowań w trybie art. 154 ust. 7 ww. ustawy. W wyniku powyższego zawarto umowy z łącznie pięcioma świadczeniodawcami, gdzie suma zobowiązań Funduszu na 2014 r. wyniosła 546 tys. zł.

#### Ocena cząstkowa

W ocenie NIK Oddział zrealizował plan zakupu świadczeń na 2014 r., a postępowania o zawarcie umowy na świadczenie opieki zdrowotnej prowadzone były w 2014 r. zgodnie z obowiązującymi procedurami.

<sup>24</sup> W przypadku zbadanych sześciu postępowań Oddział przeprowadził kontrole u wszystkich świadczeniodawców, którzy złożyli oferty konkursowe.

### 3. Wykonanie planu zakupów oraz planu finansowego na 2014 r.

#### 3.1 Realizacja planu zakupów

Opis stanu faktycznego

Z analizy danych dotyczących dostępności wybranych świadczeń<sup>25</sup> wynikało m.in., iż w 2014 r. dostęp do świadczeń na poziomie powiatowym (objęto wszystkie powiaty województwa małopolskiego) zapewniono w następujących zakresach:

- ✓ POZ – świadczenia lekarza oraz pielęgniarki,
- ✓ Program profilaktyki raka piersi – etap podstawowy,<sup>26</sup>
- ✓ Świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży,
- ✓ Poradnia endokrynologiczna (w ramach AOS),
- ✓ Program profilaktyki raka szyjki macicy – etap podstawowy.

Ponadto ustalono, iż w zakresie świadczeń ortodoncji dla dzieci i młodzieży nie zapewniono dostępu do świadczeń na terenie powiatów: krakowskiego, proszowickiego, nowosądeckiego i wielickiego. Powodem ww. sytuacji był brak realizatorów, pomimo ogłaszanych konkursów.

Dostęp do świadczeń protetyki stomatologicznej nie zapewniono w 2014 r. na obszarze powiatów: bocheńskiego, brzeskiego, krakowskiego, nowosądeckiego, proszowickiego, suskiego, tarnowskiego i wielickiego. Powodem, podobnie jak w przypadku świadczeń z zakresu ortodoncji, był brak realizatorów.

W zakresie świadczeń stomatologicznej opieki doraźnej nie zapewniono w 2014 r. dostępu na terenie powiatów: brzeskiego, chrzanowskiego, dąbrowskiego, gorlickiego, krakowskiego, limanowskiego, miechowskiego, myślenickiego, nowosądeckiego, nowotarskiego, olkuskiego, oświęcimskiego, proszowickiego, suskiego, tarnowskiego, tatrzańskiego, wadowickiego, wielickiego, m. Nowego Sącza oraz m. Tanowa. Pomimo przeprowadzonych w II półroczu 2014 r. postępowań konkursowych nie znaleziono realizatorów (brak ofert).

W zakresie dostępności do świadczeń rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym nie zapewniono jej na terenie powiatów: miechowskiego, bocheńskiego i tatrzańskiego z powodu braku ofert spełniających kryteria określone przepisami prawa.

W zakresie dostępności do rehabilitacji pulmonologicznej dostęp w 2014 r. zapewniono tylko w powiatach bocheńskim i wielickim z uwagi na wysokospecjalistyczny charakter świadczeń. Zabezpieczono w ten sposób również potrzeby pacjentów z terenu całego kraju<sup>27</sup>.

Dostęp do świadczeń w zakresie rehabilitacji wzroku zapewniono jedynie na terenie miasta Krakowa i powiatu oświęcimskiego. W postępowaniu konkursowym w 2014 r. wpłynęły łącznie 2 oferty, po jednej z powiatu oświęcimskiego oraz z m. Krakowa.

(dowód: akta kontroli str. 186, 188-193)

Z treści informacji dotyczących zmian w dostępności ww. zakresów w porównaniu do roku poprzedniego wynikało m.in., iż w 2014 r. dostęp do większości z nich nie uległ pogorszeniu, a w przypadku leczenia stomatologicznego uległ poprawie.

(dowód: akta kontroli str. 39-47)

W zakresie zapewnienia w 2014 r. dostępu do świadczeń innych niż wyżej wymienione ustalono m.in., iż w przypadku ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na obszarze miasta Nowy Sącz w zakresie hepatologii, świadczeniodawca wypowiedział umowę, a na ogłoszony konkurs nie wpłynęła żadna oferta. Analogiczna sytuacja wystąpiła w ramach medycyny nuklearnej również na obszarze Nowego Sącza. Pomimo ogłoszenia konkursu w 2014 r. nie zawarto umowy z uwagi na brak oferentów. W przypadku leczenia

<sup>25</sup> POZ, program profilaktyki raka piersi – etap podstawowy, leczenie stomatologiczne (kilka różnych zakresów), AOS (poradnia endokrynologiczna oraz program profilaktyki raka szyjki macicy – etap podstawowy), rehabilitacja lecznicza.

<sup>26</sup> Zarówno dostęp do świadczeń realizowanych w pracowni stacjonarnej, jak i mobilnej.

<sup>27</sup> MOW NFZ jako jedyny w Polsce zawarł umowy w tym zakresie.

stomatologicznego, pomimo ogłoszonych konkursów, nie udało się zakontraktować świadczeń w zakresie chirurgii stomatologicznej oraz ortodoncji, we wszystkich powiatach ze względu na brak specjalistów w tych zakresach. Świadczenia z zakresu doraźnej pomocy stomatologicznej zaplanowano na 3 obszary: Kraków, Nowy Sącz i Tarnów, z czego nie zakontraktowano świadczeń dla obszaru Nowego Sącza, ze względu na brak świadczeniodawców.

W ramach posiadanych środków Oddział w wyniku dokonywanych analiz ogłaszał postępowania w tych zakresach, w których występował ograniczony dostęp do świadczeń. W 2014 r. w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej zakontraktowano dodatkowo świadczenia w nowych obszarach, w których dotychczas nie było żadnego realizatora: w powiecie nowosądeckim – badania tomografii komputerowej, w powiecie krakowskim – świadczenia w zakresie onkologii. W celu zapewnienia lepszej dostępności do leczenia stomatologicznego w zakresie ortodoncji i chirurgii Dyrektor Oddziału wyraził zgodę na zmianę liczby punktów rozliczeniowych przypadających na jeden pełny etat w ww. zakresach z 15 000 miesięcznie do 22 500 miesięcznie. Obecnie świadczenia w zakresie ortodoncji realizuje czterech ortodontów (Kraków, powiat bocheński, powiat dąbrowski) oraz jeden chirurg (miasto Nowy Sącz).

Na podstawie analizy dokumentacji źródłowej Oddziału nie stwierdzono, aby przypadki niezapewnienia dostępności do świadczeń<sup>28</sup> w wybranych zakresach z rodzaju leczenia szpitalnego oraz świadczeń odrębnie kontraktowanych<sup>29</sup> były spowodowane brakiem stosownych działań ze strony Oddziału. Poziom dostępności do wybranych świadczeń z ww. rodzajów był zależny m.in. od potencjału wykonawczego w danej dziedzinie, a co za tym idzie od ilości podmiotów mogących zaoferować określone świadczenia.

(dowód: akta kontroli str. 34-47, 142)

W trakcie 2014 r. Oddział przeprowadzał postępowania uzupełniające w stosunku do wybranych zakresów świadczeń i obszarów geograficznych, w wyniku których zawarto łącznie 98 umów na kwotę 30 178 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 170-172)

W tabeli poniżej przedstawiono dane w zakresie czasu oczekiwania na udzielenie wybranych<sup>30</sup> świadczeń zdrowotnych w latach 2013-2014 oraz poziom ich finansowania.

Dane finansowe w tys. zł

L.p.	Wyszczególnienie	Średni czas oczekiwania w 2013 r. (w dniach)		Średni czas oczekiwania w 2014 r. (w dniach)		2013	2014	2014/2013
		kategoria stabilna	kategoria pilna	kategoria stabilna	kategoria pilna	Wykonanie - zapłacone	Wykonanie - zapłacone	
<b>I. AOS</b>								
1	Poradnia urologiczna dla dzieci	152	0	150	31	219	283	129,14%
2	Pracownia rezonansu magnetycznego	89	41	137	57	29 716	29 302	98,61%
3	Poradnia endokrynologiczna	109	0	136	7	14 862	14 432	97,11%
4	Poradnia kardiologiczna	77	0	92	2	32 865	32 154	97,84%
5	Poradnia genetyczna	147	0	87	0	200	166	83,26%
<b>II. Leczenie szpitalne</b>								
1	Oddział chirurgii plastycznej	192	64	216	31	8 505	9 999	117,57%

<sup>28</sup> Na terenie każdego z powiatów województwa małopolskiego.

<sup>29</sup> Przykładowo: dostęp do Pozytonowej Terapii Emisyjnej (PET) na terenie województwa zapewniono tylko na terenie miasta Krakowa, a dostęp do hemodializoterapii nie był zapewniony na terenie następujących powiatów województwa małopolskiego: tarnowskiego, bocheńskiego, wielickiego, krakowskiego, nowosądeckiego oraz proszowickiego.

<sup>30</sup> Wybrano po pięć zakresów w rodzajach AOS oraz SZP, dla których w 2014 r. ustalono najdłuższą medianę dla średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia. Podano dane dotyczące czasu oczekiwania w tych zakresach w 2013 r.

2	Oddział neurochirurgiczny	218	11	212	15	51 640	51 188	99,12%
3	Oddział otolaryngologiczny	119	0	140	13	34 315	34 779	101,35%
4	Oddział chorób zakaźnych	150	5	105	1	23 292	22 673	97,34%
5	Oddział chirurgii urazowo - ortopedycznej	105	19	90	17	185 056	190 999	103,21%
	<b>Razem:</b>	-	-	-	-	<b>380 671</b>	<b>385 974</b>	<b>101,39%</b>

(dowód: akta kontroli str. 52-55)

Z analizy danych wykazanych w tabeli powyżej wynikało m.in., iż w kategorii stabilna w 2014 r. w stosunku do 2013 r. nastąpił wzrost czasu oczekiwania w pięciu zakresach świadczeń, natomiast w pięciu pozostałych zanotowano skrócenie czasu oczekiwania. W kategorii pilna w sześciu zakresach nastąpiło wydłużenie czasu oczekiwania, w jednym zakresie (poradnia genetyczna) czas nie uległ zmianie, a w czterech zakresach nastąpiło skrócenie czasu oczekiwania. Poziom finansowania ogółem dla świadczeń, do których dostępność w 2014 r. była najbardziej utrudniona wzrósł o 5 304 tys. zł w stosunku do roku 2013.

Liczba pacjentów pierwszorazowych oczekujących na świadczenia w 10 wybranych zakresach według stanu na 31 grudnia 2014 r. w porównaniu do stanu na 31 grudnia 2013 r.:

- w kategorii stabilna wzrosła w 7<sup>31</sup> zakresach oraz zmalała w 3<sup>32</sup>,
- w kategorii pilna wzrosła w 6<sup>33</sup> zakresach, zmalała w 1<sup>34</sup>, natomiast w 3<sup>35</sup> nie uległa zmianie.

W latach 2013-2014 odsetek świadczeniobiorców przekazujących do Oddziału informacje o liczbie osób oczekujących i czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia wynosił od 93% (styczeń 2013 r.) do 100% (grudzień 2014 r.). W okresie 2014 r. odsetek świadczeniobiorców, którzy przesyłali komunikaty do Oddziału wynosił średnio 99,70%, a w 2013 r. 96,53%.

(dowód: akta kontroli str. 52-55, 215)

W zakresie bieżącego (w trakcie 2014 r.) wykorzystania informacji o liczbie osób oczekujących i czasie oczekiwania na świadczenia do zmian w planie zakupów, ustalono m.in., iż analiza tych danych prowadzona była przede wszystkim w odniesieniu do świadczeniodawców, którzy zwrócili się do Oddziału z wnioskiem o zwiększenie wartości zawartej umowy, bądź też z wnioskiem o przesunięcie środków finansowych pomiędzy rodzajami lub zakresami świadczeń w niej zawartych. Z przedstawionej dokumentacji wynikało m.in., iż dane o kolejkach oczekujących były jednym z elementów ocenianych przy rozpatrywaniu tego typu wniosków.

(dowód: akta kontroli str. 186, 188, 194-207)

Z danych uzyskanych w toku kontroli wynikało, iż w 2014 r. na terenie Oddziału nie wystąpiły przypadki zaprzestania udzielania świadczeń przez świadczeniodawców rozumiane jako przerwa w ich udzielaniu lub rezygnacja z realizacji umowy, bez powiadomienia o tym Funduszu. W 2014 r. odnotowano natomiast przerwy w udzielaniu świadczeń, związane m.in. z awariami sprzętu diagnostycznego lub absencjami personelu medycznego, o których Oddział był informowany pisemnie przez świadczeniodawców.

<sup>31</sup> W następujących zakresach: pracownia rezonansu magnetycznego, poradnia genetyczna, poradnia endokrynologiczna, poradnia kardiologiczna, oddział neurochirurgiczny, oddział otolaryngologiczny, oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej.

<sup>32</sup> W następujących zakresach: poradnia urologiczna dla dzieci, oddział chorób zakaźnych oraz oddział chirurgii plastycznej.

<sup>33</sup> W następujących zakresach: poradnia endokrynologiczna, poradnia kardiologiczna, pracownia rezonansu magnetycznego, oddział chorób zakaźnych, oddział neurochirurgiczny, oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej.

<sup>34</sup> W zakresie oddziału otolaryngologicznego.

<sup>35</sup> Poradnia genetyczna, poradnia urologiczna dla dzieci oraz oddział chirurgii plastycznej. W przypadku tych zakresów na koniec lat 2013 oraz 2014 nie było oczekujących pacjentów pierwszorazowych.

Zgodnie z obowiązkami wynikającymi z zapisów ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniodawcy w 2014 r. podejmowali działania mające na celu informowanie świadczeniobiorców o zaistniałej sytuacji oraz o alternatywnych możliwościach skorzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w tym u innych świadczeniodawców<sup>36</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 11-12, 28-29, 208-210, 214)

Zarówno w 2013, jak i 2014 r. zawarto łącznie po 34 umowy z 15 świadczeniodawcami w zakresie chemioterapii. W 2013 r. umowy w tym zakresie opiewały na 86 055 tys. zł<sup>37</sup>. Wykonanie ww. umów wraz z ugodami za 2013 r. wyniosło 78 351 tys. zł, co stanowiło 91,05% początkowej wartości umów. Niewykonanie umów wynikało z niewykonania zakresów związanych z rozliczeniem substancji czynnych, co z kolei było związane z obniżkami cen leków. W 2014 r. wartość umów wyniosła 78 359 tys. zł, a ich wykonanie wraz z ugodami 92 252 tys. zł, co stanowiło 117,73% planu pierwotnego.

(dowód: akta kontroli str. 56)

### 3.2 Kontrola realizacji umów

W 2014 r. Oddział zapłacił za świadczenia nielimitowe łącznie 329 615 tys. zł, w tym najwięcej w rodzaju leczenie szpitalne – 320 444 tys. zł. Analiza rozliczeń z pięciu umów w rodzaju leczenie szpitalne, w zakresie ginekologia i położnictwo wykazała, że Oddział sfinansował świadczenia w całości (łącznie 33 247 tys. zł), bez kierowania spraw przez świadczeniodawców na drogę sądową. Oddział nie był zobowiązany do wypłaty odsetek.

(dowód: akta kontroli str. 586-589)

W 2014 r. Oddział monitorował realizację umów, przede wszystkim na podstawie wewnętrznej Procedury Nr P/3.1.1/3 – *analiza poziomu wykonania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*<sup>38</sup>. Zgodnie z Procedurą dokonano analizy 1,1 tys. umów w rodzajach opieka paliatywna i hospicyjna, profilaktyczne programy zdrowotne, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, rehabilitacja lecznicza, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. W wyniku realizacji procedury sporządzono dwa aneksy zmniejszające wartość umowy (o łączną kwotę 58 tys. zł, w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze), a dwie umowy przebudowano (środki przeniesiono na inny zakres świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień). Oddział odstąpił od realizacji tej procedury w rodzaju leczenie stomatologiczne (z powodu wygaśnięcia umów z dniem 30 czerwca 2014 r.) i w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, ponieważ – jak wyjaśniła Dyrektor MOW – w 2014 r. dokonano istotnych zmian w zakresach kontraktowanych świadczeń, poprzez wprowadzenie zakresów skojarzonych, obejmujących świadczenia zabiegowe, a okres obowiązywania tych zmian był zbyt krótki, by pozwolić na rzetelną ocenę.

Ponadto według Dyrektora Oddziału analiza realizacji umów przeprowadzana jest w każdym przypadku realizacji wniosków świadczeniodawców o zmianę wartości umów – na podstawie OWU, umożliwiających przesunięcia środków niewykorzystanych na zakresy, w których wystąpiły nadwykonania. W rodzajach leczenie szpitalne i świadczenia odrębnie kontraktowane analizy poziomu wykonania prowadzone były w Oddziale na bieżąco. W ich wyniku m.in. dokonano zmiany warunków 88 umów, rozwiązano pięć umów w danym zakresie (z tego w trzech zmniejszono wartość umowy, a w dwóch – przesunięto środki na inne zakresy).

(dowód: akta kontroli str. 590-595)

---

<sup>36</sup> Ogłoszenia wywieszane w miejscu udzielania świadczeń lub/i informacja telefoniczna dla pacjentów.

<sup>37</sup> Stan na 1 stycznia 2013 r.

<sup>38</sup> Procedura Nr P/3.1.1/3 – *analiza poziomu wykonania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*, wprowadzona zarządzeniem Dyrektora MOW Nr 408/11 z 26 maja 2011 r. Procedura określała sposób postępowania w zakresie analizy poziomu wykonania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, obowiązujących co najmniej 4 miesiące, w celu podjęcia stosownych działań (zmiana lub wypowiedzenie umowy) zapewniających efektywne wykorzystanie środków finansowych przeznaczonych na zabezpieczenie świadczeń opieki zdrowotnej.

W 2014 r. Oddział przeprowadził 285 kontroli świadczeniodawców, z tego najwięcej w rodzajach: ambulatoryjna opieka specjalistyczna (128), leczenie stomatologiczne (50) oraz leczenie szpitalne (47). Kontrole dotyczyły głównie realizacji umów na świadczenie opieki zdrowotnej. W ich wyniku stwierdzono m.in.: braki w dokumentacji, przedstawianie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, niezamieszczenie wymaganych informacji dla świadczeniobiorców oraz nałożono kary w łącznej wysokości 3 081 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 728-729, 747)

System informatyczny Oddziału automatycznie weryfikował poprawność danych przekazywanych przez świadczeniodawców. Weryfikacja była uruchamiana dwa razy dziennie i jej przeprowadzenie było niezbędne do rozliczenia świadczenia. Ponadto co kwartał uruchamiana była tzw. weryfikacja wsteczna.

(dowód: akta kontroli str. 29-30, 615)

### 3.3 Realizacja planu finansowego

Z analizy danych dotyczących realizacji planu finansowego Oddziału za 2014 r. wynikało m.in., iż łączne koszty wyniosły 5 472 047 tys. zł<sup>39</sup>.

Zrealizowane nakłady Oddziału na świadczenia opieki zdrowotnej wzrosły w stosunku do 2013 roku o 98 419 tys. zł, tj. o 1,90%, w tym dla samych świadczeń objętych ustawą refundacyjną (leków) wzrost ten wyniósł 61 705 tys. zł, tj. 7,52%, a dla pozostałych świadczeń zanotowano wzrost o 36 713 tys. zł, tj. o 0,84%.

Koszty świadczeń opieki zdrowotnej w 2014 r. bez uwzględniania realizacji tzw. budżetu na refundację oraz kosztów z lat ubiegłych zostały wykonane na poziomie 4 420 458 tys. zł, co stanowiło 99,84% planu (4 427 357 tys. zł).

Koszty świadczeń zdrowotnych objętych ustawą refundacyjną w 2014 r. wyniosły 881 913 tys. zł, co stanowiło 91,43% planu po zmianach (nie wykorzystano łącznie 82 645 tys. zł).

Koszty świadczeń zdrowotnych nieobjętych ustawą refundacyjną w 2014 r. wyniosły 4 400 639 tys. zł co stanowiło 99,40% planu po zmianach (nie wykorzystano łącznie 26 718 tys. zł<sup>40</sup>). Realizacja pozostałych (poza lekami)<sup>41</sup> „kontraktowych” rodzajów świadczeń zdrowotnych stanowiła 99,83% ostatecznie ukształtowanego planu na 2014 r.<sup>42</sup>

(dowód: akta kontroli str. 111-113)

Ponadto w zakresie analizy planu finansowego stwierdzono, iż refundacja była niższa od planu na 2014 r.<sup>43</sup> o 62 901 tys. zł, co stanowiło 90,97% planu zmianach. Było to związane m.in. z:

- ✓ trendem obniżania wartości refundacji (cen leków) na skutek wejścia w życie regulacji wprowadzanych ustawą refundacyjną,
- ✓ wystawianiem przez lekarzy niebędących lekarzami ubezpieczenia zdrowotnego (nie mających umów z Funduszem) recept pełnopłatnych na leki zaliczane do grupy leków refundowanych,
- ✓ usztywnieniem budżetu na leki.

(dowód: akta kontroli str. 113)

W latach 2013-2014 r. dokonano łącznie 20 korekt planu finansowego na 2014 r., które skutkowały m.in. zwiększeniem środków przeznaczonych na finansowanie kosztów

<sup>39</sup> W tym: koszty świadczeń zdrowotnych, koszty administracyjne, pozostałe koszty oraz koszty finansowe.

<sup>40</sup> W kwocie niewykonania planu 82,46% (tj. 22 031 tys. zł) stanowiły środki zaplanowane w ramach leczenia szpitalnego na programy terapeutyczne (lekowe) w wysokości 15 088 tys. zł oraz chemioterapię w wysokości 5 703 tys. zł.

<sup>41</sup> Zarówno w terapeutycznych programach lekowych, jak i w chemioterapii.

<sup>42</sup> Wskaźnik wyliczono na podstawie planu po zmianach na 2014 r. nie uwzględniającego leków w ramach refundacji, jak i kosztów leków w lekowych programach terapeutycznych oraz w chemioterapii.

<sup>43</sup> Ustalano zgodnie z art. 74 ust. 2 ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych w równowartości wykonania kosztów w 2011 r.

świadczeń zdrowotnych o 90 239 tys. zł. Z analizy dokumentacji w zakresie zmian w planie finansowym Oddziału na 2014 r. wynikało m.in., iż:

- przesunięcia środków były poprzedzone stosownymi analizami i prognozami,
- zmian w planie finansowym dokonywano m.in. w oparciu o zagregowane dane ujęte w sprawozdaniach i rozliczeniach składanych przez świadczeniodawców.

(dowód: akta kontroli str. 113-121)

### 3.3.1 Przychody

W 2014 r. Oddział otrzymał z Centrali NFZ 5 292 892 tys. zł, co stanowiło 102,18% środków otrzymanych w 2013 r. W ww. kwocie środki otrzymane na 2014 r. wynosiły 4 569 139 tys. zł, natomiast środki na pokrycie kosztów 2013 r. 723 753 tys. zł. Środki z tytułu składek na finansowanie kosztów MOW NFZ poniesionych w 2014 r. były przekazywane do 17 lutego 2015 r. – kwota przekazana w 2015 r. dotycząca roku 2014 r. wyniosła 606 546 tys. zł.

W latach 2013-2014 Oddział nie wnioskował do Centrali o przekazywanie środków na pokrycie kosztów prowadzonej w tym okresie działalności.

(dowód: akta kontroli str. 110)

Stan środków pieniężnych na 31 grudnia 2014 r. wynosił 3 372 tys. zł, co stanowiło 8,78% kwoty będącej w dyspozycji Oddziału na 31 grudnia 2013 r.

Wartość należności zewnętrznych Oddziału na 31 grudnia 2014 r. wyniosła 37 554 tys. zł, co stanowiło 132,94% tych należności zaewidencjonowanych na 31 grudnia 2013 r.

W wykazie spraw windykacyjnych dotyczących kar umownych i zakwestionowanych świadczeń zdrowotnych, sporządzonym według stanu na 31 grudnia 2014 r. znajdowały się sprawy dotyczące 36 kontrahentów o łącznej wartości 17 046 tys. zł, w tym:

- 20 spraw skierowanych do windykacji w 2014 r. o wartości roszczeń 8 546 tys. zł<sup>44</sup>,
- 18 spraw skierowanych do windykacji w latach wcześniejszych, których wartość roszczeń wyniosła 8 500 tys. zł<sup>45</sup>.

W 2014 r. pięciokrotnie odstąpiono od czynności windykacyjnych dotyczących zakwestionowanych świadczeń na łączną kwotę 168 zł, natomiast nie odstępowano w 2014 r. od czynności windykacyjnych dotyczących kar umownych.

(dowód: akta kontroli str. 134)

W 2014 r. zawarto trzy ugody dotyczące rozłożenia na raty kar umownych i zakwestionowanych świadczeń na łączną kwotę 470 tys. zł (należność główna plus odsetki). Z danych dotyczących należności podlegających rozłożeniu na raty wynikało m.in., iż ich wartość na 31 grudnia 2014 r. wyniosła 1 569 tys. zł i dotyczyło to łącznie pięciu spraw:

- trzech ugód o rozłożeniu na raty zawartych do końca 2014 r.,
- dwóch ugód zawartych w 2015 r.,

Decyzje o rozłożeniu na raty należności Funduszu podejmowano lub przygotowywano w oparciu o wnioski świadczeniodawców oraz obowiązujące procedury windykacyjne. Należności były wynikiem nałożenia przez Oddział kar umownych lub/i określenia kwot do zwrotu z tytułu nienależnie wypłaconych środków.

Na podstawie analizy danych pochodzących z systemu finansowo - księgowego Oddziału oraz sporządzonych na potrzeby kontroli zestawień oraz informacji, nie stwierdzono nieprawidłowości w zakresie skutecznej windykacji należności z tytułu kar umownych i zakwestionowanych świadczeń.

<sup>44</sup> Z analizy spraw skierowanych do windykacji w 2014 r. wynikało m.in., iż łączna wartość spraw dotyczących: ZOL w Krakowie (kod kontrahenta 061100017), PCK (kod kontrahenta 061200064) oraz NEOMEDICA Sp. z o.o. (kod kontrahenta 06120045) wyniosła 8 367 tys. zł, tj. 98% roszczeń przypisanych do windykacji w 2014 r. Wszystkie ww. roszczenia zostały przez Oddział skierowane na drogę sądową.

<sup>45</sup> W stosunku do stanu na 31 grudnia 2013 r. (sprawy dotyczące 22 kontrahentów z kwotą roszczeń 7 926 tys. zł) po upływie 12 miesięcy 2014 r. wzrosła wartość roszczeń o 576 tys. zł, a ilość kontrahentów objętych sprawami windykacyjnymi zmniejszyła się o 4.

### 3.3.2 Koszty

Koszty ogółem Oddziału w 2014 r. wyniosły 5 472 047 tys. zł, co stanowiło 97,76% planu kosztów ogółem po zmianach i przesunięciach oraz 102,05% wykonania w 2013 r. Pierwotny plan finansowy Oddziału na 2014 r. w zakresie kosztów został zrealizowany w 99,48%. Niewykonanie planu finansowego na 2014 r. w zakresie kosztów wynikało głównie z braku wykonania całkowitego budżetu na refundację leków<sup>46</sup>. Plan w tym zakresie został wykonany na poziomie 91,43%.

(dowód: akta kontroli str. 111-113)

Z analizy przekazanych w toku kontroli przez Oddział danych dotyczących realizacji w 2014 r. umów ze świadczeniodawcami wynikało m.in., iż świadczeniodawcy wykazywali zarówno świadczenia wykonane ponad limit określony w umowach, jak również niepełne wykonania umów zawartych z Funduszem.

802 świadczeniodawców (74% świadczeniodawców, z którymi zawarto umowy na 2014 r.) złożyło wnioski o sfinansowanie nadwykonań. Łączna kwota nadwykonań wykazanych za 2014 r. wyniosła 265 602 tys. zł.

W oparciu o treść Zarządzenia nr 23/15 z 9 lutego 2015 r. Dyrektora MOW NFZ w sprawie zasad ustalania wartości aneksów rozliczeniowych i ugód rozliczających umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej realizowane w 2014 r. w rodzajach AOS, SZP, PSY, REH, SOK, SPO, OPH, STM, PRO, zawarto z 712 świadczeniodawcami aneksy rozliczające ugody za świadczenia 2014 r. na kwotę 131 518 tys. zł, w tym:

- 93 851 tys. zł stanowiła dodatkowa wartość świadczeń,
- 33 804 tys. zł stanowiła kwota z tytułu tzw. przebudowy umów (w sytuacji, gdy wystąpiły niewykonania),
- 3 863 tys. stanowiła kwota nierozliczona do wysokości limitu umowy (określona w oparciu o sprawozdania).

Wartość nadwykonań świadczeniodawców, którzy nie otrzymali propozycji ugodowej lub jej nie podpisali wyniosła 16 752 tys. zł. Dotyczyło to 284 świadczeniodawców. Wartość niewykonań na koniec 2014 r. wynosiła łącznie 57 866 tys. zł (1,5% kwoty umów zawartych na 2014 r.).

(dowód: akta kontroli str. 121-125)

W toku kontroli zidentyfikowano pięciu świadczeniobiorców, którym za 2014 r. sfinansowano najwyższą wartość nadwykonań. Były to następujące jednostki:

- Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II,
- SPZOZ Szpital Uniwersytecki w Krakowie,
- Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Krakowie,
- Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie,
- Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie Sp. z o.o.

Łączna wartość umów zawartych z ww. świadczeniodawcami na 2014 r. wyniosła 1 167 557 tys. zł, natomiast kwota aneksów rozliczających ugody za świadczenia ukształtowała się na poziomie 58 282 tys. zł<sup>47</sup>, w tym:

- 46 064 tys. zł stanowiła dodatkowa wartość świadczeń,
- 9 677 tys. zł stanowiła kwota z tytułu tzw. przebudowy umów (w sytuacji, gdy wystąpiły niewykonania),
- 2 541 tys. zł stanowiła kwota nierozliczona do wysokości limitu umowy (określona w oparciu o sprawozdania).

Wykazana przez ww. jednostki wartość świadczeń za 2014 r. wyniosła łącznie 1 254 254 tys. zł, co stanowiło 107,4% wartości umów zawartych na 2014 r. Analiza aneksów rozliczeniowych i ugód za 2014 r. zawartych z ww. świadczeniodawcami nie wykazała nieprawidłowości. Aneksy rozliczające i ugody dotyczące maksymalnego

<sup>46</sup> Założono budżet refundacji na poziomie 964 558 tys. zł, z czego wykonano koszty w wysokości 881 913 tys. zł.

<sup>47</sup> Ww. kwota stanowiła 67,2% kwoty wykazanej przez wybrane jednostki jako bilansowe nadwykonanie kontraktu (wartość nadwykonań pomniejszona o wartość niewykonań).

wynagrodzenia za 2014 r. (w tym wynagrodzenia dodatkowego za tzw. nadwykonania) zostały sporządzone w oparciu o treść powołanego wyżej Zarządzenia nr 23/15.

(dowód: akta kontroli str. 124-125)

Z analizy danych dotyczących wykonania kontraktów za lata 2013-2014 wynikało m.in., iż wartość niewykonanych świadczeń na koniec 2014 r. (57 866 tys. zł) stanowiła 95,3% wartości świadczeń niewykonanych na koniec 2013 r. (60 713 tys. zł).

(dowód: akta kontroli str. 125-127)

### 3.3.3 Koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom nieubezpieczonym, spełniającym kryteria dochodowe

Zapotrzebowanie na środki przeznaczone na koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych ww. grupie świadczeniobiorców określano na etapie weryfikacji udzielonych świadczeń i wynikało z dokumentacji przesyłanej przez świadczeniodawców. Dane zawierające liczbę osób korzystających ze świadczeń, wartość udzielonych świadczeń w podziale na poszczególne ich rodzaje ujmowano w miesięcznych sprawozdaniach przesyłanych do Centrali NFZ.

Dane finansowe w tys. zł

Lp.	Wyszczególnienie	2013	2014	2014/2013
1	2	3	4	5
1	Koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom nieubezpieczonym, spełniającym kryterium dochodowe <sup>48</sup>	9 054	11 107	122,68%
2	Przychody otrzymane z tytułu dotacji z budżetu państwa na zadanie, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	9 054	11 107	122,68%
3	Liczba osób leczonych w grupie świadczeniobiorców nieubezpieczonych, spełniających kryterium dochodowe	4 091	4 924	120,36%

W okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2014 r. Centrala NFZ przekazała do Oddziału 11 184 tys. zł z tytułu środków na pokrycie opłaconych w 2014 r. kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych osobom nieubezpieczonym (w ramach zawartych kontraktów). Środki przekazane z budżetu państwa (za pośrednictwem Centrali NFZ) całkowicie pokrywały koszty tych świadczeń, a zwrotu nadpłaconej dotacji w wysokości 77 tys. zł Oddział dokonał 12 stycznia 2015 r.

(dowód: akta kontroli str. 127)

### 3.3.4 Koszty administracyjne i wydatki inwestycyjne Oddziału

Koszty administracyjne Oddziału w 2014 r. wyniosły łącznie 39 317 tys. zł, co stanowiło 95,57% planu po zmianach oraz 102,57% kosztów administracyjnych zaewidencjonowanych w 2013 r.

W ramach usług obcych (poz. D2 planu finansowego), stanowiących 10,3% kosztów administracyjnych MOW NFZ w 2014 r., zaksięgowano się m.in. następujące koszty:

- usługi remontowe – 31 tys. zł,
- usługi telekomunikacyjne – 830 tys. zł,
- usługi pocztowe – 1 076 tys. zł,
- opłaty czynszowe i dzierżawne – 872 tys. zł,
- usługi dozoru mienia – 259 tys. zł,
- sprzętanie pomieszczeń – 172 tys. zł,
- usługi transportowe – 55 tys. zł,
- opłaty – 47 tys. zł,
- usługi pozostałe – 709 tys. zł.

<sup>48</sup> Opłacone.

Pozycja D8 planu finansowego – pozostałe koszty stanowiła w 2014 r. 0,54% kosztów administracyjnych ogółem. Na koncie 460 zaksięgowano m.in. następujące koszty: krajowych podróży służbowych (111 tys. zł), reprezentacji i reklamy (15 tys. zł), ubezpieczeń majątkowych (36 tys. zł), wypłat na rzecz pracowników nie zaliczanych do wynagrodzeń (40 tys. zł)<sup>49</sup>. Skontrolowano łącznie 10 dowodów księgowych dokumentujących wydatki MOW NFZ na łączną kwotę 299 tys. zł. 9 faktur dotyczyło kosztów usług obcych, natomiast jeden dowód - polisa ubezpieczeniowa (28 tys. zł) stanowił potwierdzenie poniesienia kosztu przypisanego do poz. D8 – pozostałe koszty. Szczegółową kontrolą objęto 13,12% ogółu kosztów w kategorii pozostałe koszty oraz 6,71% kosztów usług obcych. W wyniku szczegółowej analizy dokumentacji finansowo – księgowej odnoszącej się do wybranych kosztów administracyjnych nie stwierdzono przypadków:

- ponoszenia kosztów na cele inne niż związane z działalnością NFZ,
- dokonywania transakcji w sposób niegwarantujący uzyskania najlepszych efektów przy założonym budżecie.

(dowód: akta kontroli str. 127-130)

W sprawie powodów wynajmowania przez Oddział w 2014 r. dodatkowych powierzchni biurowych, Zastępca Dyrektora Oddziału ds. Ekonomiczno – Finansowych, stwierdził m.in.: *(...) umowy najmu obowiązujące w 2014 r. są umowami kontynuowanymi z lat poprzednich a najem powierzchni biurowej związany jest z koniecznością zabezpieczenia prawidłowej realizacji zadań Oddziału.*

(dowód: akta kontroli str. 32-38)

Koszty wynagrodzeń stanowiły 55,73% ogółu kosztów administracyjnych MOW NFZ w 2014 r. W 2013 r. w MOW NFZ przeciętnie było zatrudnionych łącznie 408 osób na 394 etatach, natomiast w 2014 r. przeciętne zatrudnienie zarówno w osobach, jak i etatach nie uległo zmianie.

(dowód: akta kontroli str. 130)

Realizując plan inwestycyjny Oddziału na 2014 r. w latach 2014-2015 wydatkowano łącznie 8 942 tys. zł, w tym po 31 grudnia 2014 r. 7 331 tys. zł. W oparciu o plan inwestycyjny 2014 dokonano m.in.:

- izolacji murów fundamentowych przy ulicy Józefa 21 w Krakowie - 353 tys. zł,
- zakupu urządzeń do backupu dyskowego wraz z oprogramowaniem - 1 442 tys. zł,
- zakupu komputerów, laptopów i monitorów – 304 tys. zł,
- zakupu sprzętu komputerowego i oprogramowania - 6 621 tys. zł.

W wyniku analizy dokumentacji Oddziału odnoszącej się do wydatków inwestycyjnych dokonanych w ramach planu inwestycyjnego 2014 r. nie stwierdzono nieprawidłowości<sup>50</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 131)

### 3.3.5 Zobowiązania MOW NFZ

Na 31 grudnia 2014 r. zobowiązania Oddziału wynosiły 489 917 tys. zł, co stanowiło 100,58% stanu zobowiązań na koniec 2013 r. Według stanów na koniec lat 2013 oraz 2014 nie wystąpiły zobowiązania wymagalne. W księgach rachunkowych MOW NFZ za lata 2013 oraz 2014 ujęto w kosztach finansowych łącznie 214 tys. zł z tytułu odsetek od wyroków i ugód sądowych, w tym w 2014 r. zaewidencjonowano 199 tys. zł. W 2014 r. na pokrycie kosztów odsetek z tytułu wyroków i ugód sądowych wydatkowano łącznie 198 tys. zł.

W 2014 r. nie wystąpiły przypadki zapłaty przez Oddział kar umownych, odsetek od umów innych niż kontrakty ze świadczeniodawcami oraz zajęć komorniczych<sup>51</sup>.

W 2014 r. zakończyło się ostatecznie 15 spraw sądowych z udziałem MOW NFZ, a łączna kwota zasądzona od NFZ wyniosła 283 tys. zł i dotyczyła zapłaty z tytułu wykonania umowy. Według stanu na 31 grudnia 2014 r. w toku znajdowało się łącznie 40 sądowych spraw przeciwko MOW NFZ, a łączna kwota roszczeń wynosiła 41 138 tys. zł<sup>52</sup>, w tym m.in.:

- jedna sprawa z tytułu „ustawy 203” – roszczenie w wysokości 5 121 tys. zł,

<sup>49</sup> Dwie odprawy pośmiertne.

<sup>50</sup> Faktury, rachunki, protokoły odbioru.

<sup>51</sup> Dotyczy zajęć w stosunku do zobowiązań Oddziału.

<sup>52</sup> W tym jedna sprawa zakwalifikowana do innych postępowań sądowych z kwotą roszczeń 97 tys. zł.

- sześc spraw związanych ze świadczeniami zdrowotnymi udzielanymi ponad limity – roszczenia w wysokości 17 771 tys. zł,
- 32 sprawy związane z pozwami o zapłatę wynikającą z wykonania umowy – roszczenia w wysokości 18 151 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 132, 582)

#### Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia kontrolowany obszar. Plan kosztów ogółem na 2014 r. zrealizowano na poziomie 97,76% planu kosztów ogółem po zmianach i przesunięciach oraz 102,05% w stosunku do wykonania w 2013 r. Nakłady na świadczenia opieki zdrowotnej wzrosły w stosunku do 2013 roku o 98 419 tys. zł, tj. o 1,90%, a niewykonanie planu spowodowane było głównie niewykonaniem planu kosztów w zakresie refundacji leków. W celu optymalnej alokacji środków dokonywano w trakcie 2014 r. zmian w planie finansowym Oddziału, co umożliwiło dokonywanie przebudowy kontraktów.

W toku kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości w zakresie zapewniania w 2014 r. dostępu do świadczeń zdrowotnych, a czas oczekiwania na ich realizację w wybranych zakresach nie był wprost zależny od poziomu finansowania.

### 4. System kontroli świadczeniodawców oraz system kontroli wewnętrznej

Opis stanu faktycznego

Plan kontroli wewnętrznej na 2014 r. Oddziału został opracowany m.in. w oparciu o informacje o wynikach kontroli zewnętrznych, audytów wewnętrznych, kontroli prowadzonych przez Centralę Funduszu, dane z rejestru ryzyka, wytyczne Centrali NFZ, analizę obszarów działania Oddziału, które nie były dotychczas kontrolowane lub były kontrolowane w odległym czasie. W planie ujęto cztery kontrole, dotyczące bezpieczeństwa informacji i ochrony danych osobowych (obszar kontrolowany poprzednio w 2008 r.), zasad i trybu obiegu oraz zabezpieczenia dokumentacji w MOW NFZ (kontrola koordynowana zlecona przez Centralę NFZ), zachowania standardu bezpieczeństwa systemów informatycznych oraz danych przechowywanych przez MOW NFZ (obszar wcześniej niekontrolowany), weryfikacji uprawnień do świadczeń (z uwagi na wysoki stopień ryzyka). Wszystkie zaplanowane kontrole zostały przeprowadzone. Kontrola koordynowana zakończyła się bez uwag. W wyniku trzech pozostałych kontroli wydano zalecenia pokontrolne, które zostały zrealizowane lub podjęto działania w celu ich realizacji<sup>53</sup>.

W 2014 r. w Oddziale przeprowadzone zostały cztery zaplanowane audyty wewnętrzne dotyczące: kontraktowania i rozliczania świadczeń w rodzaju opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, aneksowania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w okresie rozliczeniowym, bezpieczeństwa informacji, przygotowania i wdrożenia procesu windykacji kosztów udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 50 ust.18 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Przeprowadzono również pozaplanowy audyt dotyczący wydawania ubezpieczonym kodów dostępu do Zintegrowanego Informatora Pacjenta. We wszystkich przypadkach w Oddziale podjęto działania w celu wykonania zaleceń.

(dowód: akta kontroli str. 616-676)

Rada Oddziału nie podejmowała czynności kontrolnych dotyczących poszczególnych obszarów działalności MOW NFZ, ani nie powoływała zespołów mających badać takie zagadnienia. Natomiast na każdym z dziewięciu posiedzeń w 2014 r. otrzymywała informacje na temat najważniejszych działań Oddziału pomiędzy posiedzeniami Rady oraz informacje o wybranych zagadnieniach dotyczących jego działalności.

(dowód: akta kontroli str. 677-678)

<sup>53</sup> W przypadku kontroli bezpieczeństwa systemów informatycznych i standardów przechowywania danych wykonanie niektórych zaleceń przewidziano na 2015 r.

W Oddziale na 2014 r. zaplanowano 57 kontroli świadczeniodawców (po zmianach plan zwiększono do 90 kontroli)<sup>54</sup> dotyczących przede wszystkim prawidłowości realizacji umów (w tym wymogów formalno-prawnych, dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej oraz organizacji ich udzielania, sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej, prowadzenia kolejek oczekujących, prawidłowość kwalifikowania świadczeń oraz zgodność sprawozdawanych danych z dokumentacją medyczną, wyposażenie sprzętu i warunki lokalowe). Plan po zmianach został zrealizowany, przy czym jedna kontrola nie została zakończona w 2014 r. z uwagi na konieczność powołania specjalisty i przedłużenie postępowania.

(dowód: akta kontroli str. 679-681, 728-729)

W 2014 r. w Oddziale zakończono 285 kontroli świadczeń opieki zdrowotnej, co stanowiło 10,2% ogólnej liczby świadczeniodawców (2790). Największa liczba kontroli dotyczyła rodzajów świadczeń: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, leczenie stomatologiczne, leczenie szpitalne – odpowiednio 128, 50 i 47 kontroli, tj. 29,3%, 9,9% i 62,7% liczby świadczeniodawców w tych rodzajach. Natomiast relatywnie najmniej kontroli dotyczyło podstawowej opieki zdrowotnej (10 kontroli przy liczbie 692 świadczeniodawców), świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych (trzy kontrole na 123 świadczeniodawców), opieki psychiatrycznej (dwie kontrole na 118 świadczeniodawców).

Dyrektor MOW wyjaśniła, że przy planowaniu kontroli i przy typowaniu kontroli doraźnych nie uwzględniano proporcji pomiędzy liczbą świadczeniodawców, a liczbą kontroli w danym rodzaju (takiej konieczności nie przewidywały także wytyczne Centrali NFZ odnoszące się do zasad tworzenia planów kontroli). Przede wszystkim brano pod uwagę wyniki analiz prowadzonych podczas tworzenia planu oraz zdarzenia będące powodem wszczęcia kontroli, zasoby kadrowe (w tym wykształcenie osób kontrolujących, tak aby spełnić wymóg określony w art. 64 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zgodnie z którym kontrole dokumentacji medycznej, jakości i zasadności udzielanych świadczeń zdrowotnych przeprowadzają pracownicy posiadający wykształcenie medyczne odpowiadające zakresowi prowadzonej kontroli) oraz konieczność oddelegowania pracowników Działu Kontroli Realizacji Umów na Świadczenia, do postępowań konkursowych (w trakcie postępowań prowadzono kontrole świadczeniodawców). Ponadto częściej prowadzono kontrole w rodzajach świadczeń, w których było większe prawdopodobieństwo nieprawidłowego wydatkowania środków publicznych (np. SZP).

Spośród 285 kontroli zakończonych w 2014 r. przekazaniem wystąpienia pokontrolnego, w 45 przypadkach stwierdzono nienależne przekazanie środków finansowych w kwocie 6 629 tys. zł (18 tys. zł dotyczyło 2014 r. a 6 611 tys. zł – lat wcześniejszych), przy czym odzyskano 547 tys. zł. W wyniku 119 (z 285) kontroli nałożono kary umowne w łącznej wysokości 3 081 tys. zł, z czego wyegzekwowano 1 059 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 48, 728-729, 738-739, 747)

W 2014 r. w MOW NFZ przeprowadzono dwie kontrole sprawdzające wykonanie zaleceń zawartych w wystąpieniach z 2013 r. Natomiast w związku z uchybieniami stwierdzonymi w postępowaniach kontrolnych przeprowadzonych w 2014 r. siedem rekontroli przeprowadzono w 2015 r., w tym sześć w rodzaju leczenie stomatologiczne celem sprawdzenia dostępności do świadczeń w soboty oraz organizacji ich udzielania, w szczególności - zamieszczenia wymaganych informacji dla ubezpieczonych, udzielania świadczeń zgodnie z harmonogramem i przez personel zgłoszony do MOW NFZ, kwalifikacje osób udzielających świadczenia. Analiza 15 kontroli wykazała, że Oddział uznał wykonanie zaleceń pokontrolnych na podstawie pisemnych odpowiedzi na wystąpienia pokontrolne.

Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że świadczeniodawcy, zgodnie z art. 64 ust 9 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych mają obowiązek poinformowania MOW NFZ o sposobie wykonania zaleceń pokontrolnych oraz o podjętych

<sup>54</sup> W wyniku korekt zmniejszono m.in. planowaną liczbę kontroli leczenia uzdrowiskowego (z 22 do 13), natomiast zwiększono liczbę kontroli leczenia stomatologicznego (z 10 do 50).

działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań. W Oddziale monitorowanie realizacji zaleceń pokontrolnych odbywa się poprzez sprawdzenie, czy świadczeniodawca przesłał informację o wykonaniu zaleceń pokontrolnych, a następnie w jaki sposób odniósł się do problemu.

(dowód: akta kontroli str. 739-740)

Po przeprowadzonych w 2014 r. kontrolach dotyczących dostępności do świadczeń, stwierdzono m.in. liczne przypadki braku możliwości e-rejestracji. MOW NFZ wysłał do świadczeniodawców elektroniczne wiadomości o podanie adresów do e-rejestracji (spośród 156 świadczeniodawców adresy podało 101).

(dowód: akta kontroli str. 739-740)

Jednym z kontrolowanych zagadnień było badanie zgodności między deklarowanym stanem wyposażenia i kwalifikacji personelu medycznego a stanem faktycznym. Według danych Oddziału spośród przeprowadzonych w 2014 r. 175 kontroli w rodzajach leczenie szpitalne i ambulatoryjna opieka specjalistyczna nieprawidłowości w tym zakresie stwierdzono w 20 przypadkach. W żadnej sprawie nie zawiadomiono organów ścigania ani nie wypowiedziano umów. We wszystkich przypadkach wydano zalecenia pokontrolne lub/i wymierzono kary umowne.

Stan wyposażenia i kwalifikacje personelu były również badane we wszystkich sześciu analizowanych postępowaniach konkursowych, a członkowie komisji przeprowadzili wizytacje u wszystkich oferentów. Do Oddziału wpłynęło też sześć skarg na wyposażenie lub brak kwalifikacji personelu, z czego w czterech przypadkach MOW NFZ uznał je za niezasadne, w jednym – po uzyskaniu wyjaśnień pouczone świadczeniodawcę, a w innym – przeprowadzono kontrolę szpitala i nałożono karę.

W 2014 r. Oddział jedynie w dwóch sprawach rozwiązał umowy ze świadczeniodawcami m.in. z uwagi na nieprzedłożenie decyzji administracyjnych państwowego wojewódzkiego inspektora sanitarnego dopuszczających pracownię i aparat RTG do użytkowania, oraz nieprzedłożenie wniosku o odbiór pracowni i aparatu RTG do użytkowania. W obydwu sprawach rozwiązanie umowy nastąpiło niezwłocznie po bezskutecznych wezwaniach do uzupełnienia braków i złożenia wyjaśnień.

(dowód: akta kontroli str. 730-731, 734-736, 762)

W 2014 r. w Oddziale załatwiono ogółem 330 skarg, z czego 264 rozpatrzono we własnym zakresie a 66 przekazano według właściwości (głównie do zakładów opieki zdrowotnej). Najwięcej rozpatrzonych skarg dotyczyło dostępności do świadczeń oraz ich jakości. W celu załatwienia spraw MOW NFZ m.in. występował do świadczeniodawców o wyjaśnienia, pouczał świadczeniodawców o obowiązku przestrzegania warunków umów, przeprowadził trzy kontrole, a w dwóch nałożył kary umowne. Analiza 10 wybranych spraw wykazała, że skargi rozpatrzono i skarżących poinformowano o sposobie załatwienia w okresie od sześciu dni do dwóch miesięcy od daty wpływu.

(dowód: akta kontroli str. 748-758)

W planie kontroli na 2014 r. przewidziano jedną kontrolę w zakresie prawidłowości kwalifikowania świadczeń wykazywanych jako ratujących życie w podmiocie wykazującym w sprawozdawczości najwięcej procedur ratujących życie dla różnych zakresów świadczeń.<sup>55</sup> W wyniku kontroli stwierdzono m.in. nieprawidłowości w sposobie prowadzenia dokumentacji medycznej, w sposobie gromadzenia i przekazywania sprawozdawczości – brak uzasadnienia dla sprawozdawania trybu nagłego, nieuzasadnione wykazywanie świadczeń jako ratujących życie, nieprawidłową kwalifikację świadczeń oraz nałożono karę umowną w łącznej wysokości 44 tys. zł.

MOW NFZ nie prowadził natomiast kontroli dotyczących zasadności wniosków o finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanej świadczeniobiorcy w stanach

---

<sup>55</sup> Zakład Opieki Zdrowotnej w Wadowicach – świadczenia z zakresu 03.4000.030.02 choroby wewnętrzne - hospitalizacja; 03.4340.030.02 choroby zakaźne - hospitalizacja; 03.4401.030.02 pediatria hospitalizacja; 03.4450.040.02 położnictwo i ginekologia - hospitalizacja; 03.4500.03.02 chirurgia ogólna - hospitalizacja; 03.4580.030.02 ortopedia i traumatologia narządu ruchu - hospitalizacja - H01,H02,H04,H05,H06,H07,H08,H09,H10,H11.

nagłych przez świadczeniodawców, którzy nie zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie art. 19 ust. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dyrektor MOW wyjaśniła, że Oddział dokonywał jednak szczegółowej weryfikacji takich wniosków, np. w ramach leczenia szpitalnego objęły one 645 pacjentów.

(dowód: akta kontroli str. 759-761)

## Ocena cząstkowa

NIK ocenia pozytywnie działania Oddziału w zakresie: wdrażania zaleceń wynikających z przeprowadzonych audytów i kontroli wewnętrznych, realizacji planu kontroli świadczeniodawców oraz monitorowania wykonania przez nich wniosków pokontrolnych.

### **5. Wybrana sprawozdawczość finansowa oraz sprawozdawczość z realizacji zadań**

Opis stanu faktycznego

Uchwałą nr 5/2013/RMOW Rady Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ z 3 grudnia 2013 r. ustalono Plan pracy Oddziału na 2014 r. Dokument ten określał m.in. rodzaje sprawozdań, terminy ich sporządzenia oraz komórki organizacyjne merytorycznie odpowiedzialne za realizację poszczególnych zadań w tym zakresie. Oddział miał w 2014 r. sporządzać łącznie sprawozdania w 28 zakresach obejmujących zarówno sprawy ekonomiczno - finansowe, jak i realizację poszczególnych zadań.

Na podstawie przedłożonej dokumentacji ustalono<sup>56</sup> m.in., iż sprawozdawczość Oddziału w 2014 r. prowadzono w oparciu o założenia wynikające z planu pracy. Przedłożona do kontroli dokumentacja wskazywała, iż wszystkie wymagane planem sprawozdania zostały sporządzone<sup>57</sup>. Nie stwierdzono przypadków, aby w sposób nieuzasadniony odstąpiono od sporządzenia wymaganych sprawozdań. Na podstawie przeglądu następujących siedmiu sprawozdań:

- sprawozdanie z działalności MOW NFZ w zakresie działalności organów Funduszu, struktury organizacyjnej, zatrudnienia, wykształcenia i wynagrodzenia za I kwartał 2014 r.,
- sprawozdanie za II półrocze 2014 r. z działalności MOW NFZ w zakresie tabel części IV,
- sprawozdanie z działalności MOW NFZ w zakresie działalności organów Funduszu, struktury organizacyjnej, zatrudnienia, wykształcenia i wynagrodzenia za II kwartał 2014 r.,
- sprawozdanie za IV kwartał 2014 r. z działalności MOW NFZ w zakresie spraw sądowych,
- sprawozdanie z działalności MOW NFZ z zakresu decyzji w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego za IV kwartał 2014 r.,
- sprawozdanie z działalności MOW NFZ w zakresie działalności organów Funduszu, struktury organizacyjnej, zatrudnienia, wykształcenia i wynagrodzenia za III kwartał 2014 r.,
- sprawozdanie z działalności MOW NFZ za IV kwartał 2014 r. w zakresie tabel części III i IV,

uznano, iż są one kompletne.

(dowód: akta kontroli str. 136-137)

W opinii biegłego rewidenta z 14 maja 2015 r. dla Ministra Finansów z badania sprawozdania finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za 2014 r. stwierdzono m.in., iż zbadane sprawozdanie finansowe:

- we wszystkich istotnych aspektach przedstawia rzetelnie i jasno informacje istotne dla oceny sytuacji majątkowej i finansowej jednostki na 31 grudnia 2014 r., jak też jej wyniku finansowego za rok obrotowy od 1 stycznia do 31 grudnia 2014 r.,

<sup>56</sup> Dokonano m.in. przeglądu korespondencji zarówno wewnętrznej, jak i zewnętrznej prowadzonej przez Oddział (w tym za pomocą poczty elektronicznej) oraz wybranych sprawozdań.

<sup>57</sup> Z wyjątkiem sprawozdań, których sporządzenie nie było zlecone przez Centralę NFZ (dot. niektórych zadań wykazanych w poz. 24 i 33 planu pracy) lub też nie wystąpiła konieczność ich sporządzenia (dot. zadań wykazanych w poz. 77 i 78 planu).

- zostało sporządzone zgodnie z wymagającymi zastosowania zasadami (polityką) rachunkowości oraz na podstawie prawidłowo prowadzonych ksiąg rachunkowych,
- jest zgodne z wpływającymi na treść sprawozdania finansowego przepisami prawa i postanowieniami statutu NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 136-137)

Nie stwierdzono przypadków nieterminowego przedkładania przez Oddział do Centrali NFZ materiałów umożliwiających sporządzanie sprawozdań finansowych za 2014 r. określonych w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia<sup>58</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 136-137)

#### Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli uznaje, iż sprawozdania finansowe Funduszu są prawidłowe i rzetelne, a wykonywana przez Oddział sprawozdawczość wspomagała realizację ustawowych zadań NFZ.

Opis stanu faktycznego

## 6. Realizacja wniosków pokontrolnych

W latach 2012-2014 Najwyższa Izba Kontroli przeprowadziła w Oddziale trzy kontrole w następujących zakresach: kontraktowanie i wydatkowanie środków publicznych na świadczenia opieki zdrowotnej w województwie małopolskim, wykonanie planu finansowego NFZ w 2011 r. oraz dostępność i finansowanie rehabilitacji leczniczej. Ustalenia bieżącej kontroli wykazały, że uprzednio wydane przez NIK wnioski pokontrolne zostały wykonane.

(dowód: akta kontroli str. 401-424, 583-585)

#### Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie realizację wniosków pokontrolnych NIK przez Oddział.

## IV. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Najwyższa Izba Kontroli nie oczekuje odpowiedzi na niniejsze wystąpienie pokontrolne.

Prawo zgłoszenia zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK<sup>59</sup> 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 Krakowie.

Kraków, dnia 30 lipca 2015 r.

Kontrolerzy:

Marcin Stolarczyk  
Specjalista kontroli państwowej

Bernard Różański  
Starszy inspektor kontroli państwowej

Janusz Klimek  
Specjalista kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Krakowie

z up.

Marcin Kopeć  
Wicedyrektor

<sup>58</sup> Dz. U. Nr 294, poz. 1735 ze zm.

<sup>59</sup> Dz. U. z 2012 r., poz. 82 ze zm.