



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Olsztynie

LOL – 4101-05-01/2013
P/13/129

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Olsztynie
ul. Artyleryjska 3e, 10-165 Olsztyn
T +48 89 678 82 00, F +48 89 678 82 30
lol@nik.gov.pl
Adres korespondencyjny: Skr. poczt. P-69, 10-950 Olsztyn

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/13/129 – Dostępność świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Olsztynie
Kontrolerzy	1. Piotr Wanic, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 86364 z dnia 7 maja 2013 r. 2. Jerzy Gomoła, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 86379 z dnia 3 czerwca 2013 r. 3. Edyta Piskorz-Zabujść, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 86365 z dnia 7 maja 2013 r.
Jednostka kontrolowana	Warmińsko-Mazurski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, 10-561 Olsztyn, ul. Żołnierska 16 (zwany dalej „OW NFZ” lub „Funduszem”)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Andrzej Zakrzewski, Dyrektor OW NFZ (dowód: akta kontroli str. 1-6)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonej nieprawidłowości¹ działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie w latach 2011 – 2013 (do dnia zakończenia kontroli).

Uzasadnienie oceny ogólnej

Podstawą pozytywnej oceny jest należyte zabezpieczenie przez OW NFZ dostępności świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na terenie województwa warmińsko-mazurskiego. W sposób właściwy prowadzono także nadzór nad świadczeniodawcami udzielającymi tych świadczeń, przeprowadzając kontrole i wizyty.

Stwierdzona w toku kontroli nieprawidłowość dotyczyła natomiast naruszenia postanowień art. 149 ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych², poprzez nieodrzućenie dwóch ofert niespełniających wymogów określonych w postępowaniach konkursowych dotyczących wyboru świadczeniodawców i zawarcie z nimi umów na okres od marca 2011 r. do grudnia 2013 r. na łączną kwotę 9.221,0 tys. zł. Nieprawidłowość ta nie miała jednak wpływu na dostępność do świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

¹ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna.

² Dz. U. z 2008 r. nr 164, poz. 1027 ze zm. (zwana dalej ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych)

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Zabezpieczenie dostępności świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej („niśoz”)

Opis stanu faktycznego

1.1. Dyrektor OW NFZ, realizując postanowienia § 3 ust. 1 zarządzenia Prezesa NFZ z 23 grudnia 2010 r.³ ustalił 25 obszarów zabezpieczenia niśoz na terenie województwa warmińsko-mazurskiego. Powierzchnia 11 obszarów pokrywała się z granicami administracyjnymi powiatów, a 14 – z terenami poszczególnych gmin. Spośród ustalonych ww. obszarów, 12 obejmowało populację do 50 tys. osób (wg danych GUS z grudnia 2009 r. na obszarach tych zamieszkiwało od 19,8 do 50,0 tys. osób), 11 - do 100 tys. osób (od 50,2 do 86,2 tys.), jeden – do 150 tys. osób (149,3 tys.), a jeden - powyżej 150 tys. osób (151,7 tys.). Ustalone stawki ryczałtów miesięcznych dla obszarów o populacji do 50 tys. osób wynosiły: 35,9 tys. zł (ww. obszar 19,8 tys. osób) oraz 46,0 tys. zł i 47,1 tys. zł (dwa obszary o populacji 50,0 tys. osób), zaś dla obszarów do 100 tys. osób: 67,3 tys. zł (50,2 tys. osób) i 109,3 tys. zł (86,2 tys. osób).

Przy wyznaczaniu obszarów zabezpieczenia OW NFZ uwzględnił zarówno liczbę ludności wg danych GUS, jak i średnią populację mieszkańców zarejestrowaną do podstawowej opieki zdrowotnej na danym obszarze (populacja z list aktywnych Podstawowej Opieki Zdrowotnej, zwanej „POZ”). Jak wyjaśnił kierownik Działu Kontraktowania Świadczeń w Funduszu, przy ustalaniu tych obszarów kierowano się również zachowaniem dotychczasowego systemu funkcjonowania świadczeń (przed marcem 2011 r.).

Na terenie czterech obszarów zabezpieczenia utworzono po jednym miejscu udzielania świadczeń, podczas gdy przed 1 marca 2011 r. świadczenia udzielane były na tych obszarach w dwóch miejscach. Dotyczyło to obszarów zabezpieczenia obejmujących: miasto i gminę Braniewo, Frombork i Pieniężno, gminę Lelkowo oraz Płoskinię, powiat elcki, powiat szczycieński oraz miasto i gminę Nowe Miasto Lubawskie i Lubawę, gminę Biskupiec, Grodziczno oraz Kurzętnik.

Ponadto, w przypadku gminy Grunwald dokonano zmiany miejsca udzielania świadczeń z miasta Olsztynek na miasto Ostróda (brak istotnej zmiany odległości).

W związku z ww. zmianami organizacyjnymi, do OW NFZ nie wpłynęły skargi dotyczące zmiany miejsc udzielania świadczeń.

Obszary zabezpieczenia pokryły cały teren województwa warmińsko-mazurskiego, a przyjęte przez Fundusz zasady podziału nie spowodowały istotnej dysproporcji w rozmieszczeniu miejsc udzielania świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 7-29)

Fundusz w celu rozpowszechnienia informacji na temat ww. zmian, zamieścił ogłoszenia w prasie lokalnej, radiu i telewizji, a także na swojej stronie internetowej, które zawierały m.in.:

- informacje o miejscach udzielania świadczeń w zakresie niśoz wraz z danymi teleadresowymi placówek medycznych (ukazały się 25 lutego 2011 r.),
- informacje o dokonanych zmianach w systemie udzielania tych świadczeń – zostały one udostępnione całodobowej infolinii medycznej „Infomedic”, z której świadczeniobiorcy mogli telefonicznie uzyskać informacje na temat m.in. miejsc udzielania świadczeń nocą i w święta,

³ Zarządzenie nr 85/2010/DSOZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (zwane dalej zarządzeniem nr 85)

- szczegółowe informacje dotyczące zabezpieczenia niśoz od 1 marca 2011 r. (wg stanu na 20 maja 2013 r. istniała możliwość sprawdzenia aktualnych miejsc udzielania świadczeń).

Ponadto, pismami z 22 lutego 2011 r. Fundusz poinformował wszystkich świadczeniodawców udzielających świadczeń o świadczeniodawcy wybranym w drodze konkursu w celu udzielania niśoz.

(dowód: akta kontroli str. 30-31 i 79-83)

1.2. W myśl postanowień § 8 ust. 1 zarządzenia nr 85, świadczeniodawca udzielający świadczeń niśoz zapewnia gotowość do ich udzielenia w wymiarze co najmniej jednego lekarza i jednej pielęgniarki na każde rozpoczęte 50 tys. osób zamieszkałych na obszarze zabezpieczenia. Źródłem stanowiącym podstawę ustalenia wielkości populacji są aktualne w chwili ogłoszenia postępowania, dane na temat ludności wg Głównego Urzędu Statystycznego (§ 6 ust. 1).

We wszystkich ogłoszonych przez Dyrektora OW NFZ postępowaniach konkursowych określono wielkość populacji zabezpieczonej na danym obszarze z uwzględnieniem ww. zasad.

W dniu 18 lutego 2011 r. Dyrektor Funduszu wyraził jednak zgodę (poprzez akceptację propozycji przewodniczącej komisji konkursowej w tym zakresie) na zmniejszenie liczby zespołów lekarsko-pielęgniarskich na dwóch obszarach zabezpieczenia niśoz obejmujących:

- powiat mragowski – na udzielanie świadczeń przez jeden zespół dyżurujący, podczas gdy wg danych GUS z grudnia 2009 r. populacja na tym terenie wynosiła 50,2 tys. osób, a wyznaczony w ogłoszeniu o postępowaniu konkursowym (z 21 stycznia 2011 r.) obszar zabezpieczenia obejmował populację do 100 tys. osób,
- miasto i gminę Elbląg, miasto i gminę Tolkmicko oraz gminy Gronowo Elbląskie, Milejewo i Markusy – na udzielanie świadczeń przez trzy zespoły dyżurujące, podczas gdy wg danych GUS z grudnia 2009 r. populacja na tym terenie wynosiła 151,7 tys. osób, a w ogłoszeniu o postępowaniu konkursowym podano, że obszar zabezpieczenia obejmuje populację powyżej 150 tys. osób.

W złożonym wyjaśnieniu Dyrektor OW NFZ podał, że podczas spotkań z potencjonalnymi świadczeniodawcami podniesiony został problem znacznego obciążenia kosztami osobowymi podmiotów, planujących wziąć udział w postępowaniach konkursowych ogłaszanych na obszary zabezpieczenia, gdzie wielkość populacji wg danych GUS nieznacznie przekraczała wartość graniczną 50 tys. osób. Wiązało się to z koniecznością zabezpieczenia drugiego zespołu lekarsko-pielęgniarskiego w powiecie mragowskim oraz obszarze obejmującym miasto i gminę Elbląg, gminę Gronowo Elbląskie, Markusy, Milejewo i Tolkmicko, gdzie przekroczenie populacji granicznej wynosiło odpowiednio 1,16% i 0,34%. W przypadku tych obszarów populacja zabezpieczana przez lekarza POZ była jednak znacznie niższa od populacji wskazanej przez GUS i wynosiła odpowiednio 45,6 tys. osób i 135,2 tys. osób. Z tego też względu nie znaleziono przeciwwskazań do uwzględnienia wniosków świadczeniodawców, aby przy konstruowaniu ryczałtów uwzględnić dla tych obszarów populację wynikającą z list aktywnych POZ zamieszkałą na tym terenie.

W dniu 13 stycznia 2011 r. OW NFZ zorganizował spotkanie z potencjonalnymi świadczeniodawcami niśoz, na którym podmioty te zwróciły się z prośbą o zaproponowanie „bardziej elastycznej granicy” w sytuacji nieznacznego przekroczenia 50 tys. osób zamieszkujących dany obszar. Na spotkaniu tym Zastępca Dyrektora ds. Medycznych Funduszu podał, że „ze szczegółowymi pytaniami dot. tej sprawy Oddział zwróci się do centrali NFZ”. Z wyjaśnień tych wynika, że „w nawale bieżących spraw umknęły naszej uwadze zapisy protokołu ze

spotkania z potencjonalnymi świadczeniodawcami dotyczące wystąpienia do Centrali NFZ w tym zakresie, pomimo takiej deklaracji zamieszczonej w protokole z tego spotkania”. Ponadto podał, że na danym obszarze zabezpieczenia wystąpiło nieznaczne przekroczenie liczby mieszkańców wg populacji GUS na grudzień 2009 r.

(dowód: akta kontroli str. 32-70)

1.3. W okresie od marca 2011 r. do maja 2013 r. w województwie warmińsko-mazurskim wszystkie 39 zespołów dyżurujących realizujących świadczenia niśoz udzielało ich w jednym miejscu na danym obszarze zabezpieczenia, za wyjątkiem dwóch zespołów dyżurujących na terenie powiatu giżyckiego – udzielały one świadczeń w dwóch miejscach, tj. w ambulatorium oraz w ramach zespołu wyjazdowego.

Siedemnastu świadczeniodawców utworzyło miejsca udzielania świadczeń niśoz w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej (np. Centrum Medyczne Zakład Opieki Zdrowotnej w Olecku), dwóch w ambulatoriach (Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Vita-Med” w Szczytnie oraz Gminne Centrum Zdrowia Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Olsztynku) natomiast w dwóch przypadkach (Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Falck Medycyna Region Warmińsko-Mazurski w Olsztynie oraz Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego Ambulatoryjne Świadczenia Zdrowotne w Olsztynie) – zarówno na terenie stacjonarnych zakładów opieki zdrowotnej oraz w ambulatoriach.

(dowód: akta kontroli str. 23-28)

1.4. Wysokość miesięcznej stawki ryczałtowej przypadającej na jeden zespół dyżurujący (według zawartych umów) była zróżnicowana i w roku:

- 2011 wynosiła od 22,2 tys. zł do 76,5 tys. zł w zależności od danego obszaru zabezpieczenia,
- 2012 - od 22,9 tys. zł do 78,8 tys. zł,
- 2013 - od 24,7 tys. zł do 80,8 tys. zł.

Na przykład stawki te wynosiły dla powiatu lidzbarskiego 53,1 tys. zł, a dla powiatu węgorzewskiego - 22,2 tys. zł. Według wyjaśnień przewodniczącej komisji konkursowej, rozbieżności te wynikały z oszacowania przez Fundusz stawek na podstawie wcześniejszego finansowania świadczeń (do 28 lutego 2011 r.) i były bezpośrednio związane z wielkością populacji znajdującej się na listach aktywnych POZ.

(dowód: akta kontroli str. 23-28 i 71)

1.5. W okresie od marca 2011 r. do kwietnia 2013 r. świadczenia niśoz na terenie województwa warmińsko-mazurskiego udzielane były przez 39 zespołów dyżurujących. W ramach pracy tych zespołów:

- W 2011 r. (w okresie od marca do grudnia) udzielono 153,8 tys. porad lekarskich (najwięcej w marcu – 18,3 tys., a najmniej we wrześniu – 12,8 tys.), z czego średnia miesięczna liczba porad przypadających na jednego lekarza wyniosła 67,3. Udzielono również 212 świadczeń pielęgniarskich (najwięcej w lipcu – 42, a najmniej w marcu – dwie), z czego średnia miesięczna liczba przypadająca na jedną pielęgniarkę wyniosła 1,4.
- W 2012 r. udzielono 192,4 tys. porad lekarskich (najwięcej w grudniu – 21,0 tys., a najmniej w lutym – 12,0 tys.), a średnia miesięczna ich liczba przypadająca na jednego lekarza wyniosła 70,5. W ramach tych zespołów udzielono również 544 świadczeń pielęgniarskich (najwięcej w lipcu – 137, a najmniej w lutym – cztery), z czego średnia miesięczna liczba przypadająca na jedną pielęgniarkę wyniosła 1,6.

- W 2013 r. (do końca kwietnia) udzielono 63,4 tys. porad lekarskich (najwięcej w marcu – 20,7 tys., a najmniej w styczniu – 12,6 tys.), z czego średnia miesięczna ich liczba przypadająca na jednego lekarza wyniosła 74,6. Udzielono również 155 świadczeń pielęgnarskich (najwięcej w styczniu – 99, a najmniej w lutym – 13), a czego średnia miesięczna ich liczba przypadająca na jedną pielęgniarkę wyniosła 1,4.

W 2011 r. (od marca do grudnia) w ramach niśoz dzieciom do lat 12 udzielono łącznie 50,6 tys. porad lekarskich, w 2012 r. - 63,1 tys. takich świadczeń, a w 2013 r. (do końca kwietnia) - 21,0 tys. porad.

W 2011 r. (od marca do grudnia) w ramach niśoz wykonano również 7,3 tys. wizyt domowych, z czego wezwania do dzieci (do lat 12) dotyczyły 430 przypadków. W 2012 r. w ramach tych świadczeń wykonano zaś 8,3 tys. takich wizyt, w tym 439 przypadki dotyczyły wezwań do dzieci (do lat 12). W 2013 r. (do końca kwietnia) wykonano zaś 2,5 tys. wizyt domowych, z czego wezwania do dzieci (do lat 12) dotyczyły 180 przypadków.

Najczęstszymi schorzeniami, których dotyczyły porady lekarskie w okresie od marca 2011 r. do kwietnia 2013 r. były choroby układu oddechowego (w 2011 r. – 28,6% udzielonych świadczeń, w 2012 r. – 29,1%, a w 2013 r. – 51,7%). Największa liczba pacjentów zgłaszała się do lekarza z powodu tych schorzeń w marcu (np. w 2011 r. – 9,2 tys., a w 2013 r. – 11,7 tys.) i w grudniu (np. w 2012 r. – 11,7 tys.). Ponadto, pacjenci zgłaszali się również m.in. z chorobami układu trawiennego (odpowiednio w ww. latach: 7,1%, 5,6% i 4,4%), chorobami układu krążenia (5,9%, 5,7% i 5,2%) oraz urazami i skaleczeniami (6,3%, 7,2% oraz 4,6%).

(dowód: akta kontroli str. 72-78)

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

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

2. Kontraktowanie i finansowanie świadczeń udzielanych w ramach niśoz

Opis stanu faktycznego

2.1. Zasady postępowania w zakresie m.in. wyznaczenia obszarów zabezpieczenia oraz warunków udzielania świadczeń, a także zmienione kryteria dokonywania ocen złożonych ofert zostały określone 23 grudnia 2010 r. w zarządzeniu nr 85 oraz zarządzeniu nr 86/2010/DSOZ⁴. Po wejściu w życie przepisów ww. zarządzeń, 7 stycznia 2011 r. Dyrektor Funduszu określił propozycje utworzenia obszarów zabezpieczenia, a 13 stycznia 2011 r. zorganizował spotkanie z potencjalnymi oferentami. Postępowania zostały ogłoszone 20 i 21 stycznia 2011 r. oraz 8 lutego 2011 r., termin składania ofert wynosił 14 dni, a ich otwarcia – od dwóch do czterech dni po ich złożeniu. Rozstrzygnięcie postępowań miało miejsce w dniach 21, 25 i 28 lutego 2011 r., tj. od czterech do 16 dni po otwarciu ofert (w okresie tym komisja konkursowa dokonała ocen złożonych ofert w 27 postępowaniach w trybie konkursu ofert).

Pismem z 10 lutego 2011 r. Dyrektor Funduszu poinformował Prezesa NFZ, że z uwagi na „bardzo napięty harmonogram poszczególnych etapów postępowania konkursowego, wynikający z braku narzędzi informatycznych niezbędnych do wcześniejszego przygotowania postępowań, dużą liczbę postępowań a także, przy literalnym rozumieniu zapisów Procedury (...)” odstąpiono od Procedury dotyczącej

⁴ Prezesa NFZ z 23 grudnia 2010 r. zmieniające zarządzenie nr 75/2009/DSOZ z 13 listopada 2009 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej

przeprowadzenia obowiązkowej kontroli u oferentów, którzy dotychczas nie mieli zawartej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie, na który została złożona oferta.

(dowód: akta kontroli str. 84-86)

2.2. W 2011 r. ogłoszono 25 postępowań konkursów ofert, a w 2012 r. – dwa postępowania. Okres realizacji zawartych w 2011 r. umów ustalony został w 23 przypadkach do końca 2013 r., a w dwóch – do końca 2011 r. Okres realizacji świadczeń wynikających z dwóch umów zawartych w 2012 r. wynosił dwa lata (do końca 2013 r.).

Zawarcie w 2011 r. umów obejmujących tylko dziesięciomiesięczny okres ich realizacji dotyczyło dwóch obszarów zabezpieczenia tj. gmin Olsztynek i Stawiguda oraz miasta i gminy Ostróda i gmin Dąbrówno, Miłomłyn i Grunwald. Przyczyną ustalenia takiego okresu ich obowiązywania, wg wyjaśnień Dyrektora OW NFZ, była „niejasna sytuacja gminy Grunwald w przedmiocie jej przynależności do konkretnego obszaru zabezpieczenia. Analizując dotychczasową współpracę z podmiotem leczniczym udzielającym świadczeń na tym terenie stwierdziłem, że oświadczenie o objęciu opieką świadczeniobiorców znajdujących się na liście aktywnej tego świadczeniodawcy przekazywane było w kolejnych latach różnym podmiotom zabezpieczającym nocną i świąteczną opiekę zdrowotną na terenie dwóch obszarów zabezpieczenia, a mianowicie szpitalowi w Ostródzie lub przychodni w Olsztyнку. Określenie krótszego okresu obowiązywania umów, w tym przypadku, stanowić miało zabezpieczenie przed koniecznością ich wcześniejszego rozwiązania, w sytuacji gdyby zaszła potrzeba ustalenia na nowo obszarów zabezpieczenia. (...)”

W 2011 r. przeprowadzono także jedno postępowanie w trybie rokowań dotyczące wyboru oferty w zakresie zabezpieczenia niśoz na terenie powiatu iławskiego bez gminy Lubawa. Powodem przeprowadzenia postępowania w tym trybie było unieważnienie postępowania w trybie konkursu ofert z uwagi na niezłożenie ofert i brak zmiany szczegółowych warunków postępowania (spełniono tym samym przesłanki określone w art. 144 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dotyczące przeprowadzenia postępowań w trybie rokowań).

(dowód: akta kontroli str. 32-55, 58-63 i 87)

W związku z ogłoszonymi przez Dyrektora Funduszu konkursami:

- Oferty złożyło 28 oferentów w konkursach ogłoszonych w 2011 r. oraz dwóch – w ramach konkursów z 2012 r.
- Komisja konkursowa przeprowadziła sześć wizytacji obejmujących wszystkich oferentów, którzy nie mieli poprzednio zawartych umów („nowych” oferentów) w celu potwierdzenia prawidłowości danych zamieszczonych w ofertach. Nieprzeprowadzenie kontroli u pozostałych 22 oferentów związane było (pismo Dyrektora Funduszu z 10 lutego 2011 r.) z zagrożeniem niedotrzymania ustawowego obowiązku zawarcia umów w zakresie niśoz obowiązujących od 1 marca 2011 r. W piśmie tym podano m.in., że większość oferentów ubiegających się o zawarcie umów w zakresie niśoz od kilku lat realizuje świadczenia w pięciu zakresach nocnej i świątecznej opieki, obowiązujących przed 1 marca 2011 r.
- W 14 przypadkach komisja konkursowa żądała przedłożenia przez oferentów dokumentów potwierdzających dane i informacje złożone w toku postępowania.
- Odrzucono pięć ofert, m.in. z powodu nieprzedstawienia wszystkich wymaganych dokumentów i nieuzupełnienia ofert w terminie, a także z powodu niespełnienia warunków dotyczących posiadania wymaganej liczby gabinetów lekarskich.

- Komisja konkursowa wybrała łącznie 27 ofert (w tym 25 w 2011 r. oraz dwie w 2012 r.), w tym 16 złożonych przez podmioty publiczne (2011 r.) oraz 11 – przez niepubliczne (dziewięć w 2011 r. oraz dwie w 2012 r.).
- Dwóch oferentów odwołało się od decyzji Dyrektora Funduszu w zakresie wyboru oferentów w postępowaniu. Oferenci ci nie zaskarżyli do Prezesa NFZ tych decyzji Dyrektora OW NFZ.
- W 2011 r. pięciu oferentów zgłosiło dodatkowych lekarzy udzielających świadczeń w odniesieniu do wielkości obszarów zabezpieczenia oraz dziewięciu oferentów w zakresie dodatkowej pielęgniarstwa.
- W 2011 r. - 24 oferentów zgłosiło w ofertach lekarzy realizujących świadczenia niśoz posiadających specjalizację (lub będących w trakcie specjalizacji) w dziedzinie medycyny rodzinnej (umowy zawarto z 17 oferentami), 20 – w dziedzinie pediatrii (15), a 27 – chorób wewnętrznych (20). W 2012 r. jeden oferent zgłosił lekarza posiadającego specjalizację (lub będącego w jej trakcie) w dziedzinie medycyny rodzinnej, dwóch oferentów – w dziedzinie pediatrii oraz dwóch – chorób wewnętrznych (z oferentami tymi zawarto umowy). Na terenie województwa warmińsko-mazurskiego świadczenia niśoz realizowane były w 2011 r. przez 53 pediatrów, w 2012 r. – przez 49, a w 2013 r. (do końca maja) – przez 46.
- Spośród złożonych ofert w 2011 r. – 23 oferentów zapewniło diagnostykę laboratoryjną w swojej lokalizacji, 26 – RTG w swojej lokalizacji, 28 – środek transportu sanitarnego, a 24 – gotowość użytkowania samochodu osobowego jako środka transportu; w 2012 r. – jeden oferent zgłosił zapewnienie diagnostyki laboratoryjnej, dwóch – RTG, dwóch – środek transportu, a jeden – gotowość używania samochodu osobowego jako środka transportu.
- W 2011 r. umowy zawarto z 19 oferentami, którzy zgłosili zapewnienie diagnostyki laboratoryjnej w swojej lokalizacji, 20 oferentami, którzy zapewnili diagnostykę RTG w swojej lokalizacji, 21 – środek transportu sanitarnego, a 17 – gotowość użytkowania samochodu osobowego jako środka transportu; w 2012 r. jeden oferent zgłosił zapewnienie diagnostyki laboratoryjnej, dwóch – RTG, dwóch – środek transportu, a jeden – gotowość użytkowania samochodu osobowego.

(dowód: akta kontroli str. 88-93)

Analiza 12 postępowań konkursowych (10 spośród 25 ogłoszonych w 2011 r. oraz dwóch, tj. wszystkich z 2012 r.) wykazała, że w każdym przypadku:

- ogłoszenia o postępowaniach konkursowych zawierały wszystkie elementy określone w § 2 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 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 zadań⁵, a wskazana w nich data złożenia ofert była nie krótsza niż 14 dni od daty ogłoszenia konkursu,
- powołane przez Dyrektora OW NFZ komisje konkursowe dokonały sprawdzenia każdej oferty pod kątem formalnym oraz spełnienia przez oferentów wymogów w zakresie kwalifikacji personelu, warunków lokalowych i wyposażenia w sprzęt medyczny, określonych w załączniku nr 5 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej⁶. Komisje te oceniły złożone oferty na podstawie kryteriów określonych w ww. zarządzeniu nr 86/2010/DSOZ (ze zm.), a ich członkowie, stosownie do

⁵ Dz. U. nr 273, poz. 2719 ze zm.

⁶ Dz. U. nr 139, poz. 1139 ze zm.

- postanowień § 5 ust. 3 ww. rozporządzenia, złożyli oświadczenia o braku istnienia okoliczności powodujących ich wyłączenie z postępowania,
- komisje sporządziły protokoły z postępowań zawierające wszystkie elementy określone w § 7 ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia z 15 grudnia 2004 r.

Kontrola wykazała również, że:

- w dwóch postępowaniach skontrolowano oferentów w zakresie dysponowania personelem medycznym oraz pomieszczeniami i sprzętem zgłoszonymi w ofertach,
- w jednym przypadku (obszar zabezpieczenia obejmujący powiat węgorszewski) komisja konkursowa unieważniła postępowanie z uwagi na fakt, że najkorzystniejsza oferta przewyższała kwotę, którą Fundusz zamierzał przeznaczyć na finansowanie świadczeń w tym zakresie (po unieważnieniu postępowania ogłoszono kolejny konkurs na zabezpieczenie świadczeń na tym obszarze),
- w jednym przypadku (obszar zabezpieczenia obejmujący powiat ełcki) przed zawarciem umowy przeprowadzono negocjacje z oferentami (na podstawie art. 142 ust. 6 ww. ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na podstawie którego komisja może przeprowadzać negocjacje z oferentami), w wyniku czego obniżono wartość zaoferowanych świadczeń z 1.093.300 zł do 929.300 zł. Według uzyskanych w toku kontroli wyjaśnień przewodniczącej komisji konkursowej, negocjacje były prowadzone jedynie w sytuacjach, gdy wpłynęły co najmniej dwie oferty, a potencjał oferowany przez obydwu oferentów był zbliżony (sytuacja taka wystąpiła tylko w powiecie ełckim, gdzie dwóch oferentów złożyło oferty o jednakowej cenie, a odpowiedzi na pytania ankietowe dotyczące warunków dodatkowo wycenianych były takie same).

(dowód: akta kontroli str. 94-117)

W przypadku konkursu dotyczącego obszaru zabezpieczenia obejmującego powiat szczycieński, dwóch oferentów złożyło odwołania od decyzji komisji konkursowej do Dyrektora OW NFZ. Złożone 24 lutego 2011 r. ww. odwołania dotyczyły naruszenia postanowień:

- § 2 ust. 1 pkt 9 ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w zakresie zaniechania podania w ogłoszeniu o konkursie ofert informacji o możliwości składania protestów, a poinformowania jedynie o możliwości składania środków odwoławczych i skarg,
- § 2 ust. 1 pkt 4 ww. rozporządzenia z uwagi na zaniechanie umieszczenia w ogłoszeniu o konkursie informacji o miejscu i terminie, w którym można zapoznać się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz szczegółowymi materiałami informacyjnymi w przedmiocie zamówienia,
- art. 142 ust. 7 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, poprzez nieprzeprowadzenie negocjacji co najmniej z dwoma oferentami.

Decyzjami z 28 lutego 2011 r. Dyrektor OW NFZ oddalił te odwołania.

(dowód: akta kontroli str. 118-139)

Ustalone
nieprawidłowości

W dwóch postępowaniach konkursowych wybrano oferty, które nie spełniały wymogu określonego w ogłoszeniach o tych konkursach z dnia 21 stycznia 2011 r. w zakresie zadeklarowanej przez oferentów liczby zespołów lekarsko-pielęgniarskich w stosunku do liczby osób zamieszkałych na obszarze zabezpieczenia (wg danych GUS). I tak, w postępowaniu konkursowym dotyczącym:

- powiatu mrągowskiego wybrano ofertę, w której zadeklarowano gotowość do udzielania świadczeń niśoz przez jeden zespół lekarsko-pielęgniarski mimo, że

w ogłoszeniu o tym postępowaniu OW NFZ podał, że na terenie tego obszaru zamieszkuje do 100 tys. osób. Zgodnie z zarządzeniem nr 85, na każde rozpoczęte 50 tys. osób, świadczeniodawca zapewnia gotowość udzielania świadczeń w wymiarze co najmniej jednego lekarza i pielęgniarki,

- miasta i gminy Elbląg, Tolkmicko oraz gminy Gronowo Elbląskie, Milejewo i Markusy wybrano ofertę, w której zadeklarowano gotowość do udzielania świadczeń niśoz przez trzy zespoły mimo, że OW NFZ wskazał, że obszar ten obejmuje populację powyżej 150 tys. osób, dla której oferent powinien zapewnić gotowość udzielania świadczeń przez co najmniej czterech lekarzy i cztery pielęgniarki.

Umowy z tymi podmiotami zawarte zostały 28 lutego 2011 r. i obejmowały świadczenia niśoz udzielane odpowiednio przez jeden i trzy zespoły lekarsko-pielęgniarskie. Wartość zakontraktowanych świadczeń z poszczególnymi ofertami na okres od marca 2011 r. do grudnia 2013 r. wyniosła 2.358,3 tys. zł i 6.862,7 tys. zł, przy czym od 1 marca 2011 r. do 18 czerwca 2013 r. wypłacono im za świadczone usługi odpowiednio: 1.873,6 tys. zł i 5.421,9 tys. zł.

Z wyjaśnień przewodniczącej komisji konkursowej w OW NFZ wynika, że na spotkaniu 13 stycznia 2011 r. z potencjalnymi świadczeniodawcami podniesiony został problem nieznacznego przekroczenia w ww. obszarach zabezpieczenia wielkości granicznej populacji (według danych GUS), przy jednocześnie znacznie niższej populacji z list POZ. Wprawdzie na spotkaniu tym dokonano wstępnych uzgodnień z Dyrektorem Funduszu, aby w tych przypadkach dopuścić do zmniejszenia wymaganej liczby zespołów lekarsko – pielęgniarskich, lecz nie poinformowano o tym Prezesa NFZ. W ogłoszeniu o postępowaniu konkursowym, które ukazało się 21 stycznia 2011 r. (tj. 8 dni później), nie uwzględniono natomiast tego faktu i podano populację, dla których przewidziano wyższą (o jeden) liczbę zespołów dyżurujących.

W złożonym wyjaśnieniu Dyrektor Funduszu podał, że „mając na uwadze fakt, że przekroczenie populacji granicznej według danych GUS na obydwu obszarach zabezpieczenia było minimalne, a jednocześnie populacja z list POZ była dużo niższa od wartości granicznej, nie znalazłem przeciwskażeń by nie przychylić się do wniosków świadczeniodawców. Konstruując ryczałt dla tych obszarów zabezpieczenia ujęto zatem faktycznie obsługiwaną populację tzn. populację wynikającą z list aktywnych pacjentów zamieszkałych na tym terenie”.

(dowód: akta kontroli str. 23-28, 40-41, 52-53, 58-63, 106-107, 110-111 i 140-194)

Opis stanu faktycznego

2.3. W ogłoszeniach konkursów ofert o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach niśoz Dyrektor OW NFZ wskazał wymogi, jakie muszą spełniać oferenci ubiegający się o udzielanie świadczeń. Podano m.in., że oferty mogą składać podmioty będące świadczeniodawcami, spełniające wymagania określone w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz w rozporządzeniach Ministra Zdrowia z dnia: 15 grudnia 2004, 6 maja 2008 r.⁷ oraz 29 sierpnia 2009 r.⁸, a także zarządzeniach Prezesa NFZ: nr 85, 49/2010/DSOZ z dnia 31 sierpnia 2010 r.⁹ oraz 86/2010/DSOZ z 23 grudnia 2010 r. Zgodnie z postanowieniami załącznika nr 5 do ww. rozporządzenia z 29 sierpnia 2009 r., świadczeniodawca powinien zatrudniać personel posiadający prawo wykonywania zawodu, posiadać określone warunki lokalowe oraz wymagany

⁷ w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. nr 81, poz. 484)

⁸ w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. nr 139, poz. 1139 ze zm.)

⁹ w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (ze zm.)

sprzęt i aparaturę medyczną. W myśl zaś postanowień ww. zarządzenia nr 49/2010/DSOZ, świadczeniodawca powinien przedłożyć m.in. oświadczenie o wpisie do rejestru zakładów opieki zdrowotnej.

Wg wyjaśnień Kierownika Działu Kontraktowania Świadczeń w OW NFZ, oprócz wskazania w ogłoszeniach ww. wymogów, Fundusz nie określił innych wytycznych dotyczących miejsca udzielania świadczeń na danym obszarze zabezpieczenia. Miejsca takie były określone przez oferentów w postępowaniach konkursowych i mogły być zlokalizowane w każdej części obszaru zabezpieczenia, pod warunkiem spełnienia wymogów określonych w ww. przepisach.

(dowód: akta kontroli str. 32-55 i 195)

2.4.1. W 2011 r. Fundusz zawarł umowy z 21 świadczeniodawcami (z których 20 realizowało umowy w tym zakresie przed 1 marca 2011 r.) na łączną kwotę 18.117,8 tys. zł.

2.4.2. W 2012 r. OW NFZ zawarł dwie umowy na świadczenia niśoz o łącznej wartości 1.432,5 tys. zł. Ponadto, w 2012 r. Fundusz dokonał renegocjacji umów zawartych w 2011 r. z 19 świadczeniodawcami zwiększając wartość świadczeń do kwoty 20.961,1 tys. zł (wzrost o 3,0% w stosunku do roku poprzedniego).

2.4.3. W 2013 r. OW NFZ nie zawierał umów na świadczenia niśoz, dokonał natomiast zmian umów zawartych w latach poprzednich, zwiększając ich wartość do kwoty 22.953,0 tys. zł (o 2,5% w stosunku do roku poprzedniego).

(dowód: akta kontroli str. 196-202)

2.5. Z treści informacji uzyskanych w toku kontroli od 16 jednostek samorządu terytorialnego wynika, że:

- Żadna z tych jednostek nie miała wpływu na lokalizację miejsca udzielania świadczeń niśoz na danym obszarze zabezpieczenia. Jednostki te nie prowadziły współpracy z Oddziałem NFZ w tym zakresie.
- Do jednostek tych nie wpłynęły skargi dotyczące udzielania świadczeń niśoz.

Z informacji otrzymanej od Starosty Powiatu Giżyckiego wynika również, że na terenie powiatu świadczenia niśoz wykonywane były przez podmiot zewnętrzny – Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej. „Z obserwacji przeprowadzanych przez dyrekcję SPZOZ Giżycko wynika, że wielu pacjentów Szpitalnego Oddziału Ratunkowego to potencjalni pacjenci nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, którzy zgłosili się w sposób naturalny do szpitala oczekując pomocy w różnych stanach chorobowych. Pacjenci ci swoje pierwsze kroki kierują właśnie do miejsca zwanego potocznie „pogotowiem”, często w ogóle nie znając innych podmiotów świadczących tę usługę. Naszym zdaniem usługa ta winna być wykonywana na terenie szpitala gdyż jest to dla mieszkańców i gości przebywających na tym terenie właściwe i rozpoznawalne miejsce udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej”.

Ponadto, z informacji uzyskanej od Starosty Powiatu Ostródzkiego wynika, że współpraca z OW NFZ w zakresie organizacji niśoz polegała na dokonywaniu ocen zabezpieczenia tych świadczeń na terenie powiatu ostródzkiego. W piśmie z marca 2013 r. wskazano m.in. na ograniczony dostęp do niśoz. Podano, że „system udzielania świadczeń w tym zakresie powinien zostać podzielony na ambulatorium, do którego będą zgłaszać się osoby w ciężkich przypadkach oraz dyżurnego lekarza rodzinnego zakontraktowanego przez NFZ do konsultacji w godzinach nocnych oraz okresie świątecznym dla pacjentów przedłużających recepty. Brak podziału powoduje brak możliwości udzielenia pomocy tym najbardziej potrzebującym”.

(dowód: akta kontroli str. 203-227)

2.6. Zapotrzebowanie na świadczenia opieki nocnej i świątecznej w styczniu i lutym 2011 r., tj. przed wprowadzeniem nowej organizacji nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, realizowane w pięciu zakresach świadczeń, tj. w zakresie: opieki medycznej w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ), ambulatoryjnej opieki lekarskiej w POZ, ambulatoryjnej opieki pielęgniarstwa w POZ, wyjazdowej opieki lekarskiej w POZ oraz wyjazdowej opieki pielęgniarstwa w POZ, odbywało się w drodze przekazywania oświadczeń o objęciu opieką przez świadczeniodawców, udzielających świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej w zakresach: lekarz i pielęgniarka POZ.

Na etapie tworzenia planu zabezpieczenia świadczeń niśoz (obowiązującego po 1 marca 2011 r.) i ustalenia wysokości środków finansowych w poszczególnych obszarach zabezpieczenia, w OW NFZ dokonano zsumowania wartości wszystkich zawartych umów w ww. zakresach realizowanych na danym obszarze przed 1 marca 2011 r. Przy konstruowaniu planu zabezpieczania świadczeń niśoz OW NFZ uwzględnił dotychczasową (obowiązującą przez 1 marca 2011 r.) strukturę i organizację zabezpieczenia świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 228-231)

Na finansowanie świadczeń niśoz oraz opieki nocnej i świątecznej przed 1 marca 2011 r. wydatkowano:

- w 2010 r. – 21.874,6 tys. zł (8,3% środków przeznaczonych na podstawową opiekę zdrowotną w tym okresie),
- w 2011 r. – 21.748,0 tys. zł (8,0%),
- w 2012 r. – 22.433,2 tys. zł (8,1%),
- w I kw. 2013 r. – 5.745,2 tys. zł (8,2%).

(dowód: akta kontroli str. 232)

2.7. Jak wykazano w punkcie 1.4. niniejszego wystąpienia, stawki ryczałtowe przypadające na jeden zespół dyżurujący były zróżnicowane. Kwota ustalonych ryczałtów odnosiła się do nakładów przeznaczonych na zabezpieczenie, na danym obszarze, świadczeń poza godzinami pracy POZ w ww. pięciu zakresach świadczeń przed 1 marca 2011 r.

Wysokość ryczałtu w przeliczeniu na jednego mieszkańca wg populacji POZ na 23 obszarach zabezpieczenia wynosiła od 1,04 zł do 1,53 zł. Wyższe stawki ryczałtu wystąpiły na dwóch obszarach zabezpieczenia, tj. obejmującym gminy Olsztynek i Stawiguda (1,89 zł na jednego mieszkańca) oraz obejmującym część miasta Olsztyna m.in. osiedle Redykajny, Likusy i Gutkowo (3,26 zł). Ustalono, że:

- Dla obszaru obejmującego gminy Olsztynek i Stawiguda wysokość ryczałtu wynikała ze znacznej różnicy w stawkach kapitałowych pomiędzy zakresem nocnej i świątecznej opieki medycznej (w którym stawka wynosiła na dany rok 21,00 zł) a pozostałymi zakresami opieki funkcjonującymi przed 1 marca 2011 r. (tj. nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki lekarskiej – 4,56 zł, nocnej i świątecznej ambulatoryjnej opieki pielęgniarstwa – 1,92 zł, nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki lekarskiej – 6,24 zł oraz nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki pielęgniarstwa – 2,64 zł). Wysokość tych stawek wynikała z zarządzenia nr 74/2010/DSOZ Prezesa NFZ z 1 grudnia 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.
- W przypadku obszaru obejmującego ww. część miasta Olsztyna, gdzie zachodziła potrzeba utworzenia dwóch mniejszych obszarów (populacja GUS dla obszarów zabezpieczanych przed 1 marca 2011 r. przez Wojewódzką Stację Pogotowia Ratunkowego w Olsztynie wynosiła 249,3 tys. osób). Różnice wysokości finansowania jednego z obszarów Olsztyna była efektem podziału obszaru funkcjonującego przez 1 marca 2011 r.

Według populacji GUS z grudnia 2009 r. wysokość ryczałtu w przeliczeniu na jednego mieszkańca na 24 obszarach zabezpieczenia wynosiła od 0,92 do 1,55 zł. W przypadku zaś obszaru obejmującego gminę Olsztynek i gminę Stawiguda wyższa kwota ryczałtu w przeliczeniu na jednego mieszkańca (1,81 zł) wynikała z ww. różnic pomiędzy wysokością stawki kapitałowej ustalonej dla zakresu nocnej i świątecznej opieki medycznej, a stawkami dla pozostałych czterech zakresów świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 233-236)

Średniomiesięczna liczba zrealizowanych świadczeń niśoz przypadająca na jeden zespół dyżurujący wynosiła:

- w 2011 r. – od 68,1 świadczeń na obszarze zabezpieczenia obejmującym powiat piski do 1.097,7 świadczeń - powiat olecki,
- w 2012 r. – od 151,3 świadczeń na obszarze obejmującym gminy: Łukta, Małdyty, Miłakowo oraz Morąg do 1.075,9 świadczeń na obszarze powiatu oleckiego,
- w 2013 r. (do kwietnia) – od 181,0 świadczeń na obszarze obejmującym powiat piski do 1.177,8 świadczeń na terenie powiatu oleckiego.

(dowód: akta kontroli str. 237-239)

2.8. Zgodnie z postanowieniami zawartych umów dotyczących udzielania niśoz, świadczeniodawca przekazuje do OW NFZ w okresach miesięcznych informację o realizacji świadczeń sporządzoną w formie elektronicznej za dany okres sprawozdawczy podlegający rozliczeniu w ramach umowy. Jednostką rozliczeniową jest ryczałt miesięczny opłacany niezależnie od faktycznej liczby zrealizowanych świadczeń (gotowość do ich udzielania).

Podczas weryfikacji sprawozdań miesięcznych świadczeniodawców prowadzonej przez Fundusz uwzględniano łącznie 15 parametrów, w tym m.in.:

- zgodność wieku i płci pacjenta z wykonaną usługą,
- ewentualne dublowanie wykonania usługi dla pacjenta w ciągu jednego dnia,
- częstość wykonania usługi dla danego pacjenta,
- wykonanie usług stacjonarnych w pokrywającym się czasie,
- wykluczanie się usługi ze zdefiniowaną grupą (weryfikacja pozytywna i negatywna).

W wyniku weryfikacji sprawozdań miesięcznych ustalono, że udział świadczeń zdrowotnych (porad) po skorygowaniu przez poszczególnych świadczeniodawców przed ich opłaceniem przez OW NFZ wynosił w 2011 r. od 1,3% do 3,9% liczby udzielonych świadczeń wykazywanych w miesięcznych sprawozdaniach statystycznych, w 2012 r. - od 1,4% do 4,5%, a w 2013 r. (styczeń – kwiecień) - od 0,1% do 1,0%. Niewłaściwie skorygowane liczby świadczeń w raportach statystycznych nie skutkowały karami umownymi.

(dowód: akta kontroli str. 240-242)

2.9. Do końca lutego 2011 r. finansowanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, udzielanych poza godzinami pracy określonymi w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (m.in. w dni wolne od pracy i w święta) odbywało się na podstawie umów odrębnie zawartych przez Fundusz. Świadczenia te realizowane były w pięciu zakresach, tj. w zakresie świadczeń nocnej i świątecznej opieki medycznej w podstawowej opiece zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki lekarskiej w POZ, ambulatoryjnej opieki pielęgniarskiej w POZ, wyjazdowej opieki lekarskiej w POZ oraz wyjazdowej opieki lekarskiej w POZ. Warunki zawierania umów w ww. pięciu zakresach przedstawiały się następująco:

- W ramach nocnej i świątecznej opieki medycznej OW NFZ zawierał umowę wyłącznie ze świadczeniodawcą, realizującym umowę w zakresie świadczenia lekarza POZ, sprawującym opiekę nad populacją świadczeniobiorców, którzy

złożyli deklaracje wyboru lekarza POZ u tego świadczeniodawcy. Warunki zawarcia umów dopuszczały również podpisanie przez świadczeniodawcę POZ, ubiegającego się o zawarcie umowy w zakresie nocnej i świątecznej opieki medycznej, umów współpracy z innymi świadczeniodawcami POZ, obejmującymi opieką lekarza POZ populację świadczeniobiorców zamieszkałą na obszarze spójnym terytorialnie. Świadczenia w ramach tego zakresu finansowane były zgodnie z roczną stawką kapitulacyjną określoną w warunkach zawarcia i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, obowiązujących w danym okresie rozliczeniowym. Podstawę płatności stanowiła lista aktywna świadczeniodawcy sprawującego opiekę poza godzinami pracy POZ dla swojej populacji lub dla populacji podmiotów związanych z nim zawartą umową współpracy. Stawka kapitulacyjna, stanowiąca podstawę płatności za te świadczenia, była korygowana, w zależności od wielkości populacji objętej opieką świadczeniodawcy, współczynnikiem określonym w warunkach zawierania i realizacji umów.

- W ramach pozostałych czterech zakresów świadczeń umowy zawierane były z podmiotami, które wraz z wnioskiem o zawarcie umowy złożyły oświadczenia świadczeniobiorców, którzy cedowali temu podmiotowi, prawo do objęcia opieką świadczeniobiorców zadeklarowanych u nich do lekarzy i pielęgniarek POZ. Świadczenia w ramach nocnej i świątecznej ambulatoryjnej i wyjazdowej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej finansowane były zgodnie z ustaloną roczną stawką kapitulacyjną określoną odrębnie dla każdego zakresu świadczeń. Liczba świadczeniobiorców, stanowiąca podstawę do zapłaty za dany miesiąc, ustalana była przez OW NFZ na podstawie weryfikacji listy świadczeniobiorców zadeklarowanych, odpowiednio do przedmiotu umowy, do lekarzy lub pielęgniarek POZ, tych świadczeniodawców POZ, którzy złożyli danemu świadczeniodawcy oświadczenia o objęciu opieką.

(dowód: akta kontroli str. 228-229)

W 2010 r. Fundusz poniósł koszty dotyczące udzielania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej poza godzinami funkcjonowania POZ w kwocie 21.874,6 tys. zł (wartość wynikająca z zawartych umów i ugód przez OW NFZ; nie stanowiła odrębnej pozycji w planie finansowym). Koszty w tym zakresie w styczniu 2011 r. wyniosły 1.582,1 tys. zł, zaś w lutym 2011 r. – 2.034,3 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 243)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości działalność w badanym obszarze.

3. Nadzór i kontrola sprawowana przez OW NFZ nad realizacją umów dotyczących niśoz

Opis stanu faktycznego

3.1. W planach kontroli na 2011 r. i 2012 r. nie założono przeprowadzenia kontroli świadczeniodawców udzielających świadczeń niśoz. W planie na 2013 r. uwzględniono zaś wykonanie dwóch takich kontroli, tj. w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Morażu (kontrola została zaplanowana na I kw. 2013 r.) oraz w Promedica Sp. z o.o. w Elku (kontrola zaplanowana na II kw. 2013 r.). Przeprowadzenie kontroli w tych jednostkach było wynikiem przeprowadzonych konsultacji z pracownikiem Działu Kontraktowania Świadczeń Funduszu zajmującego się problematyką podstawowej opieki zdrowotnej niśoz. Liczba zaplanowanych kontroli w tym zakresie wynikała natomiast z pisma Centrali NFZ z listopada 2012 r., w którym wskazano tematy kontroli niekoordynowanych do uwzględnienia w planach kontroli oddziałów wojewódzkich NFZ.

Dyrektor OW NFZ wyjaśnił, że przyczyną niezaplanowania na 2011 r. i 2012 r. kontroli świadczeniodawców realizujących świadczenia niśoz był brak w okresach poprzedzających planowanie kontroli istotnej liczby skarg wskazujących na nieprawidłowości występujące w realizacji tego typu świadczeń, a także planowanie do wykonania w danym roku liczby kontroli adekwatnej do posiadanych zasobów kadrowych i czasu pracy.

W okresie od marca 2011 r. do maja 2013 r. przeprowadzono pięć kontroli świadczeniodawców udzielających świadczeń niśoz, w tym ww. dwie kontrole planowe oraz trzy kontrole doraźne (jedna w 2011 r. w Gminnym Centrum Zdrowia Zespole Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Olsztynku oraz dwie w 2012 r., tj. w: Powiatowym Szpitalu im. Władysława Biegańskiego w Iławie oraz w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Falck Medycyna Region Warmińsko-Mazurski – w miejscu udzielania świadczeń w Giżycku).

Podstawą przeprowadzenia ww. kontroli doraźnych były artykuły prasowe dotyczące nieprawidłowości w niśoz oraz skargi dotyczące udzielania tych świadczeń.

W każdej z pięciu ww. przeprowadzonych kontroli stwierdzono nieprawidłowości i uchybienia. Dotyczyły one głównie:

- udzielania świadczeń niśoz w godzinach 18:00 – 7:00 (zamiast 18.00-8.00), co stanowiło naruszenie postanowień rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej,
- naruszenia m.in. art. 97 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹⁰, poprzez wykonywanie nieprzerwanego dyżurowania dwóch lekarzy (zatrudnionych na umowę o pracę) przez okres co najmniej dwóch dni,
- rozbieżności pomiędzy obowiązującymi grafikami lekarzy i pielęgniarek a wykazami oraz danymi przekazywanymi do OW NFZ za pośrednictwem Systemu Zarządzania Obiegiem Informacji, co stanowiło naruszenie postanowień § 7 ust. 2 zarządzenia nr 85 (ze zm.),
- niedokumentowania porad udzielonych telefonicznie (naruszenie postanowień ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia z 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej).

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Fundusz w wystąpieniach pokontrolnych zawarł wnioski w zakresie m.in.:

- dołożenia należytej staranności przy prowadzeniu dokumentacji medycznej,
- dostosowania harmonogramu pracy ambulatorium do wymogów określonych w ww. rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej,
- dokumentowania porad udzielonych telefonicznie,
- dołożenia należytej staranności w celu wyeliminowania przypadków kilkudniowego dyżurowania poszczególnych lekarzy oraz prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z postanowieniami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania¹¹.

W przypadku trzech świadczeniodawców, w odpowiedziach na wystąpienia pokontrolne poinformowali oni o podjętych działaniach na rzecz realizacji zaleceń (w dwóch przypadkach, według stanu na dzień 10 czerwca 2013 r., nie upłynął jeszcze termin nadesłania informacji w tym zakresie).

W związku z ustalonymi nieprawidłowościami, jednemu świadczeniodawcy nałożono karę umowną w kwocie 978,67 zł (do końca maja 2013 r. należność ta nie została

¹⁰ Dz. U. z 2013 r., poz. 217 ze zm.

¹¹ Dz. U. nr 252, poz. 1671 ze zm.

jeszcze uregulowana z uwagi na wysłanie wystąpienia pokontrolnego w dniu 24 maja 2013 r.).

W okresie od marca 2011 r. do maja 2013 r. nie wystąpiły przypadki rozwiązania umów ze świadczeniodawcami w następstwie stwierdzonych w toku przeprowadzonych kontroli nieprawidłowości, a także obniżenia wartości zakontraktowanych ryczałtów.

(dowód: akta kontroli str. 58-63 i 244-279)

3.2. W dokumentacji OW NFZ znajdowało się pismo Prezesa NFZ z 5 marca 2013 r., dotyczące pilnej konieczności zbadania prawidłowości realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie niśoz. W dokumencie tym wskazano m.in., że:

- u wytypowanych przez dyrektorów Oddziałów NFZ świadczeniodawców należy przeprowadzić wizytacje na podstawie art. 107 ust. 5 pkt 12b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- do wizytacji należy wytypować nie mniej niż pięć podmiotów realizujących umowy w zakresie niśoz, przy czym należy uwzględnić skargi od świadczeniobiorców oraz liczbę wizyt wyjazdowych w tych podmiotach, które gwarantowały gotowość użytkowania samochodu osobowego lub posiadanie transportu sanitarnego,
- w toku prowadzonych postępowań należy zbadać głównie: zgodność danych pomiędzy harmonogramem pracy personelu lekarskiego (zał. nr 2 do zarządzenia nr 85) z harmonogramem sporządzonym przez świadczeniodawcę; wypełnianie przez świadczeniodawców warunków umowy w zakresie wykorzystania samochodu osobowego, transportu sanitarnego, dostępności do diagnostyki laboratoryjnej oraz rtg, dokumentowanie wezwań telefonicznych na wizyty domowe oraz faktu udzielenia porady telefonicznej,
- termin zakończenia postępowań planowany jest na 13 marca 2013 r.

W związku z ww. pismem, 6 marca 2013 r. Dyrektor Funduszu zatwierdził wykaz podmiotów, które będą poddane wizytacjom. W wykazie tym umieszczono siedmiu świadczeniodawców wykonujących świadczenia w zakresie niśoz w 10 miejscach ich udzielania.

(dowód: akta kontroli str. 280-284)

W okresie od 6 marca do 22 maja 2013 r. przeprowadzono (na podstawie art. 107 ust. 5 pkt 12b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) 13 wizytacji, w tym:

- w dniach 6-8 marca 2013 r. przeprowadzono wizytacje u ww. siedmiu świadczeniodawców, stosownie do ww. pisma Prezesa NFZ,
- od 11 kwietnia do 22 maja 2013 r. – sześć wizytacji (pięć przeprowadzono z własnej inicjatywy OW NFZ, a jedną – w wyniku otrzymania z Ministerstwa Zdrowia anonimowej skargi na podmiot udzielający świadczeń niśoz).

Jak podała w złożonym wyjaśnieniu Małgorzata Pawłowska – zastępująca kierownika Działu Kontroli i Realizacji Umów na Świadczenia w OW NFZ, przy doborze podmiotów objętych wizytacjami na wniosek Prezesa NFZ kierowano się głównie udzielaniem świadczeń przez te podmioty w więcej niż jednym miejscu, a także wielkością populacji objętą danym obszarem zabezpieczenia. Z uwagi na fakt, że do końca czerwca 2013 r. Fundusz zamierzał objąć tymi czynnościami wszystkich świadczeniodawców udzielających niśoz, bez znaczenia była kolejność przeprowadzenia wizytacji.

W okresie od 2011 do 2013 (do końca maja) przeprowadzano również wizytacje podmiotów, które złożyły ofertę udzielania świadczeń niśoz w celu potwierdzenia danych wykazanych w ofercie, a także świadczeniodawców, którzy dokonali zmiany miejsc udzielania świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 285-290)

Nieprawidłowości stwierdzono u wszystkich 13 świadczeniodawców objętych wizytacjami. Dotyczyły one m.in.:

- niedokumentowania porad udzielanych przez telefon (w ośmiu przypadkach),
- niepełnej obsady kadrowej (w sześciu przypadkach),
- rozbieżności pomiędzy personelem medycznym wykazanym w załączniku nr 2 do umowy, a ujętym w grafiku dyżurów (w pięciu przypadkach),
- niekompletnego wyposażenia w sprzęt medyczny (w trzech przypadkach),
- udzielania świadczeń z udziałem podwykonawców niewskazanych w załączniku nr 3 do umowy (w trzech przypadkach),
- udzielania świadczeń niśoz przez lekarza, który w tym samym czasie pełnił dyżur w innej komórce szpitala (w dwóch przypadkach).

W związku ze stwierdzonymi ww. nieprawidłowościami, na podstawie postanowień § 6 ust. 1 i 4 zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie niśoz, Dyrektor Funduszu nałożył sześciu świadczeniodawcom kary umowne w łącznej wysokości 18,5 tys. zł. W przypadku czterech świadczeniodawców, uregulowali oni w terminie należności z tego tytułu, zaś w przypadku świadczeniodawcy, którego ukarano karą w wysokości:

- 8.725,01 zł uregulował on należność z tego tytułu z jednodniowym opóźnieniem wraz z odsetkami (3,11 zł),
- 888,22 zł - z uwagi na nieuregulowanie należności w wymaganym terminie, OW NFZ dokonał potrącenia tej kwoty z wierzytelności świadczeniodawcy łącznie z odsetkami (7,28 zł).

(dowód: akta kontroli str. 274-276 i 285-287)

3.3. W okresie 2011 r. – I kw. 2013 r. do OW NFZ wpłynęło sześć skarg od świadczeniobiorców w zakresie świadczenia niśoz, co stanowiło 2,1% wszystkich skarg, które wpłynęły do Funduszu w tym okresie. Dotyczyły one: dostępności świadczeń (jedna skarga w 2012 r.), odmowy udzielenia świadczeń (jedna w 2011 r.), odmowy przyjazdu lekarza do pacjenta (jedna w 2012 r.) oraz niezasadnego pobrania opłat (trzy skargi, w tym dwie w 2011 r. oraz jedna w 2012 r.). Analiza sposobu rozpatrzenia ww. skarg wykazała m.in, że:

- w wyniku przeprowadzonych postępowań wszystkie skargi uznano za zasadne,
- w czterech przypadkach świadczeniodawcy zobowiązani zostali do zwrotu nienależnie pobranej opłaty za świadczenia zdrowotne na łączną kwotę 156,20 zł, w tym w dwóch przypadkach za badania diagnostyczne (łącznie 73,00 zł), w jednym za pobranie opłaty za udzieloną poradę lekarską w ramach niśoz z powodu braku dokumentu ubezpieczenia zdrowotnego (80,00 zł) oraz w jednym za wypisanie recepty (3,20 zł),
- w jednym przypadku, w wyniku rozpatrzenia skargi, zaplanowano przeprowadzenie kontroli u świadczeniodawcy; po przeprowadzonej kontroli wnioskowano o usunięcie uchybienia w prowadzonej dokumentacji polegającego na niedokumentowaniu porad udzielonych telefonicznie,
- we wszystkich przypadkach po zakończeniu postępowania wyjaśniającego, do świadczeniodawców skierowano pisma, w których uzasadniono uznanie skarg za zasadne, wskazano naruszone przepisy i zobowiązano do ich przestrzegania.

(dowód: akta kontroli str. 291-297)

3.4. W okresie od marca 2011 r. do maja 2013 r. OW NFZ nie korzystał z możliwości ankietowania pacjentów korzystających ze świadczeń niśoz, określonej w art. 192a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Jak podał w złożonym wyjaśnieniu Dyrektor Funduszu, w dotychczasowej praktyce korzystano z tej możliwości jedynie w przypadkach kiedy istniało podejrzenie

o nadużyciach w realizacji umów w następstwie przywłaszczenia publicznych pieniędzy za niezrealizowane świadczenia.

(dowód: akta kontroli str. 58-63 i 298)

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

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność w badanym obszarze.

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹², wnosi o:

1. Eliminowanie z postępowania konkursowego ofert niespełniających wymogów określonych w ogłoszeniach o konkursie.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Olsztynie.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 14 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosku pokontrolnego oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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

Olsztyn, dnia lipca 2013 r.

Dyrektor
Najwyższej Izby Kontroli
Delegatury w Olsztynie

Kontrolerzy:
Piotr Wanic
główny specjalista kontroli państwowej

.....
podpis

.....
podpis

Edyta Piskorz-Zabujść
starszy inspektor kontroli państwowej

.....
podpis

¹² Dz. U. z 2012 r., poz.82 ze zm.