



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Olsztynie

LOL.410.13.1.2024

Pan
Filip Nowak
Prezes
Narodowego Funduszu Zdrowia
ul. Rakowiecka 26/30
02-528 Warszawa

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/24/046 - Realizacja zadań przez Narodowy Fundusz Zdrowia w latach 2021-2024

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Narodowy Fundusz Zdrowia Warmińsko-Mazurski Oddział Wojewódzki w Olsztynie ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Filip Nowak, od 9 listopada 2021 r. – Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia ² , w okresie od 26 sierpnia 2020 r. do 8 listopada 2021 r. - p.o. Prezes NFZ. W okresie objętym kontrolą zadania Prezesa NFZ realizował w Oddziale, na podstawie pełnomocnictwa, Andrzej Zakrzewski – Dyrektor Oddziału, od 2005 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Planowanie oraz realizacja planu zakupu świadczeń. 2. Wykonanie planu finansowego, w tym kosztów świadczeń opieki zdrowotnej.
Okres objęty kontrolą	Lata 2021-2024, do czasu zakończenia czynności kontrolnych (15 listopada), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeśli miały wpływ na kontrolowaną działalność.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ³
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Olsztynie
Kontrolerzy	1. Lidia Wójcik specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOL/84/2024 z 23 lipca 2024 r. 2. Izabela Kowalska główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOL/83/2024 z 23 lipca 2024 r. 3. Cezary Kasznicki główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOL/82/2024 z 23 lipca 2024 r. 4. Miłosz Chmielewski starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOL/85/2024 z 29 lipca 2024 r. 5. Joanna Łukasik główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOL/94/2024 z 26 sierpnia 2024 r.

(akta kontroli str.1-16)

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

W okresie objętym kontrolą w Oddziale rzetelnie rozpoznano potrzeby zdrowotne osób uprawnionych do świadczeń zdrowotnych jak i dostępność świadczeniodawców na obszarze województwa warmińsko-mazurskiego. W oparciu o te rozpoznania sporządzano plany zakupu świadczeń, ujmując w nich kwoty zgodne z przyjętymi w planach finansowych na lata 2021-2024.

Postępowania na udzielanie świadczeń przeprowadzono na ogół zgodnie z przepisami prawa i wewnętrznymi procedurami, gdyż m.in. weryfikowano posiadanie przez oferentów wymaganych dokumentów jak również potencjału u tych oferentów, którzy nie mieli dotychczas zawartej umowy z NFZ lub z którymi rozwiązano wcześniej umowę. Stwierdzono jednak, że w Oddziale nie podejmowano działań w celu przeprowadzenia 20 postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przedłużonych w trybie art. 156 ust. 1a ustawy z dnia 27 sierpnia

¹ Dalej: OW NFZ lub Oddział.

² Dalej: Prezes NFZ.

³ Dz. U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

⁴ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁵ oraz art. 18 ust. 2 ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19⁶.

W Oddziale podejmowano działania w celu zapewnienia świadczeń zdrowotnych mieszkańcom obszarów, na których świadczeniodawcy czasowo zaprzestali udzielania świadczeń. Stwierdzono także, że pomimo ogłaszania i przeprowadzania postępowań konkursowych, po przeprowadzeniu których zawierano umowy ze świadczeniodawcami, działania te nie przynosiły w niektórych rodzajach świadczeń oczekiwanego zmniejszenia liczby osób oczekujących oraz czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń.

W Oddziale prawidłowo i rzetelnie opracowano plany finansowe na lata 2021-2024, a przed dokonaniem każdej zmiany prowadzono analizę zaangażowania środków finansowych oraz zapotrzebowania na dany rodzaj świadczeń. Prawidłowo także wykonano plany finansowe na lata 2021-2023, w tym m.in. koszty świadczeń zdrowotnych ponoszono do wysokości kwot ujętych w planach finansowych. Prowadzono także skutecznie windykację należności Funduszu wynikających z zawartych umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły także:

- nieprzekazania oraz nieterminowego przekazania⁷ informacji o ogłoszonych postępowaniach do właściwych ze względu na miejsce udzielania świadczeń okręgowych izb lekarskich, okręgowych izb pielęgniarek i położnych oraz do Krajowej Izby Fizjoterapeutów,
- nieprzekazania do 30 sierpnia 2024 r. Urzędowi Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich ogłoszeń o wynikach rozstrzygnięć sześciu postępowań o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej z lat 2022-2024 (do 30 czerwca), których wartość przekraczała wyrażoną w złotych równowartość kwoty 130 000 euro,
- wydania, w przypadku 41 powiadomień (50,6% zbadanych), zgody na przerwę w udzielaniu świadczeń, przez pracowników, którzy na dzień dokonania tej czynności nie posiadali pełnomocnictwa do akceptowania w imieniu Dyrektora NFZ wniosków świadczeniodawców o planowanej przerwie.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej⁸ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Planowanie oraz realizacja planu zakupu świadczeń

1.1 Przygotowanie procesu kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej

Opis stanu faktycznego

1.1.1. W okresie objętym kontrolą, Oddział co roku opracowywał plan zakupu świadczeń opieki zdrowotnej⁹ zawierający elementy określone przez Prezesa NFZ w procedurach do procesu ich planowania¹⁰, tj. część opisową oraz części tabelaryczne B1-B3.

⁵ Dz.U. z 2024 r. poz. 146, ze zm. dalej: ustawa o świadczeniach.

⁶ Dz.U. z 2020 r. poz. 567, ze zm. dalej: ustawa o zwalczaniu COVID 19.

⁷ Jeden przypadek nieprzekazania i 11 przypadków nieterminowego przekazania, tj. 3,5% zbadanych.

⁸ Oceny częściowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena częściowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

⁹ Dalej „plan zakupu świadczeń”.

¹⁰ Procedura: definiowania priorytetów zdrowotnych i planowania zakupu świadczeń wersja 4.1 z 11.09.2018 r., planowanie rzeczowe – opracowanie planu zakupu świadczeń opieki zdrowotnej z 16.10.2020 r., opracowanie, aktualizacja, monitorowanie planu zakupu świadczeń v.2.0. z 24.11.2021 r.

Na etapie tworzenia planów zakupu świadczeń zdrowotnych na lata 2021-2024, OW NFZ prowadził rozpoznanie potrzeb zdrowotnych, w tym zapotrzebowanie na poszczególne rodzaje świadczeń, a odbywało się to m.in. poprzez analizy:

- wykonania tych świadczeń z lat poprzednich, kolejek oczekujących, danych demograficznych oraz danych o stanie zdrowia i epidemiologicznych populacji zamieszkującej województwo;
- raportów konsultantów z poszczególnych dziedzin medycznych zawierających m.in.: ocenę zabezpieczenia opieki zdrowotnej, informacje o kontrolach podmiotów wykonujących działalność leczniczą, ocenę stanu realizacji, zatwierdzonych przez Wojewodę Warmińsko-Mazurskiego, priorytetów dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej województwa warmińsko-mazurskiego¹¹ oraz prognozowane potrzeby zdrowotne populacji;
- informacji otrzymanych z Centrali NFZ umożliwiające m.in. ocenę poziomu zabezpieczenia poszczególnych świadczeń na tle kraju, a także cen za jednostki rozliczeniowe;
- dostępności, tj. m.in. udziału wartości kontraktów, najbardziej kosztochłonnych badań, a także struktury kontraktów w poszczególnych typach lecznictwa - w wybranych rodzajach świadczeń, w powiatach na 10 tys. ubezpieczonych.

(akta kontroli str. 17-823)

Rada OW NFZ uchwałami z 15 listopada 2022 r. i 14 listopada 2023 r.¹² pozytywnie zaopiniowała projekty planów zakupu świadczeń opieki zdrowotnej dla obszaru województwa warmińsko-mazurskiego na 2023 r. i 2024 r., w tym w zakresie jego zgodności z krajowym¹³ i wojewódzkim planem transformacji¹⁴.

(akta kontroli str. 824-846)

Oddział na potrzeby opracowania planu zakupu świadczeń otrzymywał z Centrali NFZ m.in. dane dotyczące wskaźnika dostępności¹⁵, a także ustalał we własnym zakresie: liczbę oczekujących oraz czas oczekiwania na świadczenie. Przy planowaniu uwzględniano następujące dane:

- wskaźnik dostępności dla 11 rodzajów świadczeń, który wyniósł : 10 420 540 na 2021 r., 15 624 600 - 2022 r., 15 141 204 - 2023 r., 22 287 215 - 2024 r.,
- liczba oczekujących na udzielenie świadczenia wynosiła: 144 840 – 2021 r. (osiem rodzajów świadczeń), 127 524 – 2022 r. (dziewięć), 152 496 – 2023 r. (10), 173 304 – 2024 r. (10),
- średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia wynosił: 341 dni - 2021 r., 310 – 2022 r., 351 – 2023 r. i 327 – 2024 r.

Dyrektor Oddziału NFZ w Olsztynie wyjaśnił, że:

1. Przy szacowaniu potrzeb zdrowotnych ludności w poszczególnych rodzajach świadczeń Oddział uwzględniał m.in.:

- dane demograficzne do analiza sytuacji społeczno-ekonomicznej i zdrowotnej populacji województwa,
- poziom realizacji świadczeń w poszczególnych rodzajach i zakresach świadczeń z raportów statystycznych świadczeniodawców, w tym poziom nieopłaconych świadczeń w latach ubiegłych,

¹¹ Dalej: województwa W-M.

¹² Uchwała nr 3/2022 i nr 3/2023 Rady W-M OW NFZ.

¹³ Krajowy plan transformacji na lata 2022-2026 ogłoszony obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 15.10.2021 r. w sprawie krajowego planu transformacji (Dz. U. Ministra Zdrowia poz. 80).

¹⁴ Wojewódzki plan transformacji dla województwa warmińsko-mazurskiego na lata 2022-2026 ogłoszony obwieszczeniem Wojewody Warmińsko – Mazurskiego z dnia 17.12.2021 r. (Dz. U. Województwa Warmińsko-Mazurskiego poz. 5087).

¹⁵ Wartość realizacji świadczeń na 10 000 ubezpieczonych.

- długość kolejek oczekujących,
- wskaźniki na 10 tys. ubezpieczonych (CWU) wg powiatów województwa,
- dane dotyczące migracji,
- dane dotyczące objęcia populacji scryningiem (badaniami przesiewowymi) mammograficznym i cytologicznym w województwie oraz średnie objęcie w Polsce,
- statystyki chorób społecznych oraz chorób istotnych dla oceny sytuacji zdrowotnej ludności, m.in. ostre choroby zakaźne i pasożytnicze, nowotwory złośliwe, choroby układu krążenia i zaburzenia psychiczne oraz uzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych,
- badania głównych przyczyn leczenia pacjentów (rozdziały Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja Dziesiąta - ICD-10);

2. Przy tworzeniu planu zakupu na poszczególne lata Oddział wykorzystywał poniższe materiały:

- Publikacje Głównego Urzędu Statystycznego, dotyczące liczby ludności, gęstości zaludnienia, struktury mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego pod względem płci, zamieszkania, przyrostu naturalnego (liczby urodzeń i zgonów,) starzenia się społeczeństwa, prognoz dotyczących liczby ludności, zatrudnienia, stopy bezrobocia, ubóstwa, przyczyn zgonów.
- Raporty Krajowego Rejestru Nowotworów, dotyczące zapadalności na nowotwory, najczęstszych nowotworów, przyczyn zgonów z powodu chorób nowotworowych.
- Bazy Wiedzy Zakładu Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH - Państwowego Instytutu Badawczego, dotyczące udziału procentowego głównych chorób w umieralności ogólnej w Polsce, współczynnika umieralności związanego m.in. z paleniem tytoniu, nowotworem złośliwym, chorobami dolnych dróg oddechowych, układu trawiennego.
- Raporty Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Olsztynie, dotyczące wskaźników zapadalności na gruźlicę, liczby zakażeń SARS CoV-2, liczby zgonów z powodu Covid-19.
- Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.
- Priorytety zdrowotne: – określono w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych¹⁶ oraz ogólnopolskie – przygotowane przez Centralę NFZ w latach 2019-2023.
- Mapy Potrzeb Zdrowotnych.
- Krajowy i Wojewódzki Planu Transformacji w latach 2022-2026.
- Raporty własne dotyczące potencjału wykonawczego podmiotów leczniczych – ich liczbę, kadrę oraz posiadany sprzęt specjalistyczny.
- Materiały własne dotyczące chorobowości wg ICD-10.
- Materiały własne dotyczące liczby umów, realizacji świadczeń, migracji, nakładów na 10 tys. ubezpieczonych wg powiatów.
- Bazy udostępnione przez Centralę.

3. Oddział przy opracowaniu planu zakupu w latach 2021 – 2024 współpracował z konsultantami wojewódzkimi w poszczególnych dziedzinach medycyny w zakresie analizy raportów, które zawierały dane dotyczące:

- oceny zabezpieczenia opieki zdrowotnej w reprezentowanej dziedzinie,
- nadzoru nad szkoleniem kadr medycznych,

¹⁶ Dz. U. poz. 469, ze zm., obowiązujące do 31 grudnia 2021 r.

- kontroli podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- udzielania opinii i konsultacji,
- prognozowania potrzeb zdrowotnych.

Oddział współpracował z Warmińsko – Mazurskim Urzędem Wojewódzkim w zakresie ustalania Wojewódzkiego Planu Transformacji na lata 2022-2026 oraz wydawał opinie w zakresie celowości inwestycji ponoszonych przez podmioty lecznicze.

Analizował wnioski kierowane przez jednostki samorządów terytorialnych oraz organizacji pozarządowych. Analizowano również wnioski podmiotów leczniczych dotyczące zawarcia umowy na świadczenia zdrowotne.

4. Podał też, że porównywanie wskaźnika dostępności między latami nie daje pełnego obrazu rzeczywistości. Analiza porównawcza wskaźnika powinna dotyczyć jednego roku dla różnych terytoriów, co dokonuje Oddział Funduszu podczas planowania świadczeń. Podał również, że rosnąca liczba pacjentów oczekujących w kolejkach, jest spowodowana zwiększoną liczbą wystawionych skierowań dla pacjentów oraz zwiększona zgłaszalnością pacjentów do poradni nie wymagających skierowań. Oznacza to, że potrzeby zdrowotne stale rosną. Natomiast czas oczekiwania waha się. Dlatego teza dotycząca rosnącego czasu oczekiwania jest nieprecyzyjna. W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej mamy spadek czasu oczekiwania o 22% pomiędzy 2021 r. a 2022 r. W lecznictwie szpitalnym mamy 17% spadek czasu oczekiwania pomiędzy latami 2022 a 2023. Reasumując w systemie mamy więcej osób (tendencja wzrostowa liczby pacjentów oczekujących). Świadczeniodawcy mają ograniczone możliwości, co objawia się wzrostem czasu oczekiwania o 4 dni w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej oraz 2 dni w lecznictwie szpitalnym (porównując lata 2024 vs 2021).

(akta kontroli str.847-850, 3193-3212)

W okresie objętym kontrolą Oddział, zgodnie z wytycznymi z Centrali NFZ¹⁷, przesyłał w wyznaczonym terminie opracowany plan zakupu świadczeń. I tak na:

- 2021 r. - wstępny plan zakupu świadczeń Oddział przekazał do Centrali NFZ 10 grudnia 2020 r., ostateczny - 15 marca 2021 r. oraz przekazał trzy aktualizacje planu (26 stycznia, 15 września, 17 listopada 2021 r.) i jedną 28 lutego 2022 r. z wykonanym kontraktowaniem świadczeń.
- 2022 r. - wstępny plan przekazał do Centrali NFZ 10 grudnia 2021 r., zaktualizowany plan zawierający wszystkie części przesłano 24 czerwca 2022 r., a jego kolejne aktualizacje - 9 września 2022 r. oraz 28 lutego 2023 r. z wykonanym kontraktowaniem świadczeń.
- 2023 r. i 2024 r. zaopiniowane przez Radę OW NFZ plany zakupu świadczeń Oddział przesłał do Centrali NFZ odpowiednio: 9 grudnia 2022 r. i 18 grudnia 2023 r. Aktualizacje tych planów przesłano odpowiednio: 11 września 2023 r., 28 lutego 2024 r. (z wykonanym kontraktowaniem świadczeń) oraz 30 sierpnia 2024 r.

Dyrektor OW NFZ w Olsztynie wyjaśnił, że:

1. Przy tworzeniu planu zakupu świadczeń na 2021 i 2022 r. postępowano zgodnie z wytycznymi przekazywanymi przez Centralę NFZ, która jest właścicielem procedury. Centrala Funduszu aktualizowała procedurę poprzez przekazywane do Oddziału pisma. Podał też, że przy tworzeniu planu zakupu świadczeń na 2023 i 2024 r. postępowano zgodnie z nową procedurą: Opracowywanie, aktualizacja, monitorowanie planu zakupu świadczeń v.2.0.
2. Przesunięcie terminu opracowywania planu zakupu było przyczyną pośrednią, która uniemożliwiła przeprowadzenie postępowań konkursowych. Oddział

¹⁷ Informacje przekazywane były w formie e-maili m.in. z określeniem terminu przekazania wstępnych zagregowanych planów zakupu świadczeń (tabela B3) oraz ostatecznych planów zawierających część opisową i części tabelaryczne B1-B3.

planował konkursy w niektórych rodzajach bądź zakresach świadczeń, które docelowo były przedłużane. Głównym powodem zmiany terminu przygotowania planu zakupu świadczeń oraz przesunięcia postępowań w czasie była pandemia COVID-19. Oddział Funduszu zabezpieczył ciągłość udzielania świadczeń. Natomiast postępowania dodatkowe były ogłaszane w trakcie roku w miarę potrzeb.

(akta kontroli str. 851-1030, 3193-3212)

Oddział zgodnie z wytycznymi z Centrali publikował na swojej stronie internetowej plany zakupu świadczeń na poszczególne lata, tj. plan na: 2021 r. umieszczono 29 stycznia 2021 r., 2022 r. – 15 grudnia 2021 r., 2023 r. – 13 grudnia 2022 r., 2024 r. – 19 grudnia 2023 r.

(akta kontroli str.1031-1058)

W okresie objętym kontrolą liczba uprawnionych do korzystania ze świadczeń zdrowotnych (przyjętych przy planowaniu zakupu świadczeń¹⁸ – stan na 31 marca roku poprzedzającego ich zakup) na terenie województwa W-M była następująca: 1 257 583 osób w 2020 r. (stan na grudzień), 1 247 914 w 2021 r., 1 238 762 w 2022 r., 1 236 441 w 2023 r. i 1 227 857 osób w 2024 r. Według danych Oddziału świadczenia zdrowotne udzielały odpowiednio: 1074 podmioty lecznicze, 1054, 1070, 1074 i 1074 (liczba świadczeniodawców w 2024 r. stan na 30 czerwca).

Dyrektor OW NFZ w Olsztynie wyjaśnił, że podczas planowania świadczeń na danym obszarze brano pod uwagę zarówno liczbę świadczeniobiorców tam zamieszkujących jak i liczbę świadczeniodawców realizujących świadczenia.

(akta kontroli str.1059, 3193-3212)

1.1.2. W planach zakupu świadczeń¹⁹ na poszczególne lata objęte kontrolą, Oddział zakładał wydatkowanie środków w następujących kwotach:

- 2 467 103,6 tys. zł w 2021 r., w trakcie roku zwiększenie do 3 001 761,5 tys. zł (wzrost o 534 657,9 tys. zł - 21,7%);
- 2 420 618,4 tys. zł w 2022 r., zwiększenie do 3 755 270,7 tys. zł (o 1 334 652,2 tys. zł - 55,1%);
- 4 123 283,6 tys. zł w 2023 r., zwiększenie do 4 874 735,6 tys. zł (o 751 451,9 tys. zł - 18,2%);
- 4 875 532,2 tys. zł w 2024 r., zwiększenie do 5 396 255,2 tys. zł (o 520 723 tys. zł - 10,7%).

Najistotniejsze zmiany wartości zakupu świadczeń ujętych w planie po zmianach w stosunku do planu pierwotnego odnotowano w następujących rodzajach świadczeń, tj. w:

- 2021 r.
 - wzrost wartości zakupu m.in. w rodzaju świadczenia: leczenie szpitalne o 528 172,5 tys. zł (42,6%), podstawowa opieka zdrowotna o 18 645,5 tys. zł (4,5%), zaopatrzenie w wyroby medyczne o 5976,9 tys. zł (13,1%), programy pilotażowe o 6718,1 tys. zł (62,1%), rehabilitacja lecznicza o 4572,6 tys. zł (7,5%),

¹⁸ Z wyłączeniem zaopatrzenia w wyroby medyczne.

¹⁹ Podstawowa opieka zdrowotna (POZ), Ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS), Leczenie szpitalne (SZP), Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (PSY), Rehabilitacja Lecznicza (REH), Leczenie stomatologiczne (STM), Lecznictwo uzdrowiskowe (UZD), Profilaktyczne programy zdrowotne (PRO), Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie (SOK), Zaopatrzenie w wyroby medyczne (ZPO), Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze (SPO), Opieka paliatywna i hospicja (OPH), Ratownictwo medyczne (REM), Pomoc doraźna i transport sanitarny (PDT), Programy pilotażowe (PPZ), inne usługi realizowane w aptekach (21) - realizowane w 2023 r.

- zmniejszenia wartości zakupu m.in. w rodzaju świadczenia: ambulatoryjna opieka specjalistyczna o 6309,1 tys. zł (3,5%), leczenie stomatologiczne o 8524,2 tys. zł (9,8%), profilaktyczne programy zdrowotne o 1798,7 tys. zł (22,2%), świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze o 2639,6 tys. zł (3,9%), ratownictwo medyczne o 10 282,5 tys. zł (7,8%),
- 2022 r. - wzrost wartości we wszystkich rodzajach świadczeń, w tym głównie w rodzaju: leczenie szpitalne o 1 040 940,6 tys. zł (86,3%), podstawowa opieka zdrowotna o 65 214,8 tys. zł (15,9%), rehabilitacja lecznicza o 37 818,1 tys. zł (61,0%), leczenie uzdrowskowe o 4201 tys. zł (59,5%), ambulatoryjna opieka specjalistyczna o 85 405,3 tys. zł (54,3%), natomiast najniższy wzrost odnotowano w rodzaju świadczeń: profilaktyczne programy zdrowotne o 219,4 tys. zł (3,1%) i pomoc doraźna i transport sanitarny o 1024,2 tys. zł (7,8%),
- 2023 r.
 - wzrost wartości zakupu m.in. w rodzaju świadczenia: ambulatoryjna opieka specjalistyczna o 39 925,6 tys. zł (15,9%), leczenie szpitalne o 596 886 tys. zł (25,2%), rehabilitacja lecznicza o 13 865 tys. zł (12,9%), leczenie stomatologiczne o 28 075,8 tys. zł (26,2%), zaopatrzenie w wyroby medyczne o 25 103 tys. zł (41,8%), opieka paliatywna i hospicja o 7001,3 tys. zł (19,3%), ratownictwo medyczne o 40 121,9 tys. zł (26,9%),
 - zmniejszenia wartości zakupu m.in. w rodzaju świadczenia: opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień o 22 971,8 tys. zł (12,7%), programy pilotażowe 30 168,4 tys. zł (29,6%),
- 2024 r. (stan na 22 sierpnia) - we wszystkich rodzajach świadczeń nastąpił wzrost wartości ich zakupu, w tym najwyższy odnotowano w rodzaju świadczenia: leczenie szpitalne o 331 048,1 tys. zł (11,1% do planu pierwotnego), rehabilitacja lecznicza o 16 309 tys. zł (13,7%), profilaktyczne programy zdrowotne o 1410,6 tys. zł (14,8%), świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie o 44 721,1 tys. zł (103,7%), opieka paliatywna i hospicja o 7112,9 tys. zł (15,7%).

Dyrektor OW NFZ w Olsztynie wyjaśnił, że: w trakcie roku Fundusz zwiększa poziom finansowania umów, w miarę posiadanych środków finansowych. Uwalnianie limitów w coraz większej liczbie zakresów, powoduje powstawanie zobowiązań, które Fundusz jest zobligowany opłacić. Kolejnym czynnikiem zwiększającym wartość kontraktów, jest coroczna podwyżka wyceny świadczeń oraz wolumenu w związku z rekomendacjami nr: 65/2022, 54/2023, 48/2024 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (dalej: AOTMiT).

We wszystkich latach objętych kontrolą nastąpił również wzrost łącznej liczby jednostek rozliczeniowych, tj. w: 2021 r. o 45,2% (583 879,5 tys.), 2022 r. o 51,7% (696 612,5 tys.), 2023 r. o 23,6% (425 974 tys.), 2024 r. (stan na 22 sierpnia) o 11,5% (243 757,1 tys.). Należy jednak zaznaczyć, że w okresie tym zmniejszono liczby jednostek rozliczeniowych w wybranych rodzajach świadczeń, tj. w:

- 2021 r. w leczeniu stomatologicznym (o 6721,4 tys.) i w profilaktycznych programach zdrowotnych (o 197,3 tys.);
- 2022 r. w leczeniu stomatologicznym (o 604,8 tys.), w profilaktycznych programach zdrowotnych (o 104,6 tys.), podstawowej opiece zdrowotnej (23,5 tys.);
- 2023 r. w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień (o 1619 tys.), w lecznictwie uzdrowskowym (o 3,1 tys.), w świadczeniach pielęgnacyjnych i opiekuńczych (o 83,9 tys.);

- 2024 r (stan na 22 sierpnia) w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień (o 9730,9 tys.) w świadczeniach pielęgniacyjnych i opiekuńczych (o 36,2 tys.).

(akta kontroli str. 1060-1063, 3193-3212)

1.2. Kontraktowanie świadczeń

Opis stanu faktycznego

1.2.1. Analiza dokumentacji dotyczącej wykonania planów zakupów do założeń ujętych w pierwotnych planach dotyczących zakresów świadczeń zdrowotnych w siedmiu rodzajach świadczeń²⁰ wykazała m.in., że w okresie objętym kontrolą wartość zakupionych świadczeń w niektórych zakresach była wyższa lub niższa co najmniej o 10% od zaplanowanej wartości w pierwotnym planie zakupu, tj. w latach 2021-2023 wartość zakupu świadczeń zwiększano lub zmniejszano do pierwotnych planów zakupu w następujących rodzajach świadczeń:

- AOS w zakresie:
 - badania rezonansu magnetycznego zwiększono o: 8358,1 tys. zł w 2021 r. (64%), 17 320,4 tys. zł w 2022 r. (96,7%), 15 669,3 tys. zł w 2023 r. (48,3%),
 - badania tomografii komputerowej zwiększono odpowiednio o: 3174,9 tys. zł w 2021 r. (40,5%), o 5088,4 tys. zł w 2022 r. (53,3%), zmniejszono zaś o 7198,1 tys. zł w 2023 r., (42,4%),
 - kardiologii zwiększono o: 773,3 tys. zł w 2021 r. (14,9%), o 2968,8 tys. zł w 2022 r. (54,9%), 2039,3 tys. zł w 2023 r. (26,7%),
 - dermatologii i wenerologii zmniejszono o: 615,6 tys. zł w 2021 r. (10,5%), zwiększono zaś o: 2160,7 tys. zł (49,1%) w 2022 r.,
 - ortopedii i traumatologii narządu ruchu – ze wskazań nagłych zmniejszono o: 1393,8 tys. zł w 2021 r. (25%), zwiększono o: 763,8 tys. zł w 2022 r. (19,7%),
 - ortopedii i traumatologii narządu ruchu zwiększono o: 1966,8 tys. zł w 2022 r. (46,5%),
 - położnictwa i ginekologii zwiększono o: 8456,6 tys. zł w 2022 r. (49,6%), 3921,5 tys. zł w 2023 r. (14,1%),
 - okulistyki zwiększono o: 5882,9 tys. zł w 2022 r. (59,1%), 7104,2 tys. zł w 2023 r. (45,9%),
 - otolaryngologii zwiększono o: 3320 tys. zł w 2022 r. (51,4%), 2526,3 tys. zł w 2023 r. (25,8%),
 - zabiegów w chirurgii ogólnej – zakres skojarzony z 02.1500.001.02 (AOS) zwiększono o: 3373,9 tys. zł w 2022 r. (65%), 2411,3 tys. zł w 2023 r. (29,1%),
 - otolaryngologii – zakres skojarzony z 02.16110.001.02 zwiększono o 2012,4 tys. zł w 2023 r. (34,3%),
- SZP w zakresie:
 - chirurgii ogólnej – hospitalizacja zwiększono o: 34 443,7 tys. zł w 2021 r. (47,9%), 95 783,5 tys. zł w 2022 r. (153,5%), 47 303,7 tys. zł w 2023 r. (29,4%),
 - chorób wewnętrznych – hospitalizacja zwiększono o: 42 115,4 tys. zł w 2021 r. (63,5%), 100 140,1 tys. zł w 2022 r. (161%), 47 367,0 tys. zł w 2023 r. (29,8%),
 - ortopedii i traumatologii narządu ruchu – hospitalizacja (świadczenie endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego) zwiększono o: 5022,0 tys. zł w 2021 r. (11%), 18 655,8 tys. zł w 2022 r. (38,9%), 19 165,4 tys. zł w 2023 r. (27%),

²⁰ POZ, AOS, SZP, PSY, REH, STM, PRO.

- ortopedii i traumatologii narządu ruchu – hospitalizacja zwiększono o 30 830,8 tys. zł w 2021 r. (139,4%), 49 822,0 tys. zł w 2022 r. (171,9%), 36 109,8 tys. zł w 2023 r. (48,4%),
- kardiologii – hospitalizacja zwiększono o: 18 103,5 tys. zł w 2021 r. (48,3%), 39 028,2 tys. zł w 2022 r. (99,7%), 23 750,3 tys. zł w 2023 r. (27,5%),
- anestezjologii i intensywnej terapii – hospitalizacja zwiększono o: 17 366,9 tys. zł w 2021 r. (62,9%), 35 723,2 tys. zł w 2022 r. (127,4%), 31 217,9 tys. zł w 2023 r. (56,3%),
- pediatrii – hospitalizacja zwiększono o: 25 161,3 tys. zł w 2021 r. (105,8%), 14 533,5 tys. zł w 2023 r. (24,8%),
- świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym zwiększono o 17 990,3 tys. zł w 2022 r. (31,9%), 17 704,7 tys. zł w 2023 r. (19,6%),
- anestezjologii i intensywnej terapii II poziom referencyjny – hospitalizacja zwiększono o: 14 471,3 tys. zł w 2021 r. (68,3%), 19 418,8 tys. zł w 2023 r. (42,2%),
- izby przyjęć zwiększono o 8869,2 tys. zł w 2022 r. (42,3%),
- neurochirurgii – hospitalizacja zwiększono o 27 141,1 tys. zł w 2022 r. (149,4%),
- neonatologii – hospitalizacja III poziom referencyjny N20, N21, N22, N23, N24, N25 zwiększono o 9134,4 tys. zł w 2023 r. (21,3%),
- PSY w zakresie:
 - psychiatrii ambulatoryjnej dla dorosłych zwiększono o: 667,8 tys. zł w 2021 r. (10,3%), 1096,1 tys. zł w 2022 r. (16,5%), zmniejszono o 1446,8 tys. zł w 2023 r. (16,1%),
 - terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu zwiększono o: 445,2 tys. zł w 2021 r. (10%), 1421,3 tys. zł w 2022 r. (31,9%),
 - ośrodka środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży – I poziom referencyjności zmniejszono o: 1852,8 tys. zł w 2021 r. (27,9%), 2620,4 tys. zł w 2022 r. (43%), 3749,0 tys. zł w 2023 r. (47,7%),
 - terapii uzależnienia od alkoholu – stacjonarnie zwiększono o 1431,0 tys. zł w 2022 r. (14%),
 - psychiatrii sądowej w warunkach podstawowego zabezpieczenia zwiększono o 876,9 tys. zł w 2022 r. (10,2%),
 - opiekuńczo-lecznicze świadczenia psychiatryczne dla dorosłych zwiększono o 3124,6 tys. zł w 2022 r. (39%), 3837,0 tys. zł w 2023 r. (29,3%),
 - psychiatrycznego świadczenia dla dorosłych zmniejszono o 6480,1 tys. zł w 2023 r. (21,4%),
 - leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych – detoksykacja zmniejszono o 2433,8 tys. zł w 2023 r. (17%),
- REH w zakresie:
 - fizjoterapii ambulatoryjnej zwiększono o: 2561,9 tys. zł w 2021 r. (10,6%), 18 150,9 tys. zł w 2022 r. (72,8%), 12 019,3 tys. zł w 2023 r. (27,8%),
 - fizjoterapii ambulatoryjnej dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności zwiększono o: 289,5 tys. zł w 2021 r. (18,1%),
 - fizjoterapii domowej zwiększono o: o 101,2 tys. zł w 2021 r. (10,3%), 157,0 tys. zł w 2022 r. (15%), zmniejszono o 372,6 tys. zł w 2023 r. (20,3%),
 - rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym zwiększono o 1648,0 tys. zł w 2022 r. (27,7%),
 - rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym zwiększono o 1636,9 tys. zł w 2022 r. (40,7%),

- rehabilitacji neurologicznej zwiększono o 1390,1 tys. zł w 2022 r. (41,8%), zmniejszono o 5239,5 tys. zł w 2023 r. (66,5%),
- rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych zwiększono o 2607,4 tys. zł w 2022 r. (81,6%),
- rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych po leczeniu operacyjnym zwiększono o 2704,5 tys. zł w 2022 r. (89,5%), 1362,9 tys. zł w 2023 r. (18,9%),
- leczenia dorosłych chorych ze śpiączką zwiększono o 2981,1 tys. zł w 2022 r. (99,4%), 2235,8 tys. zł w 2023 r. (46,8%),
- fizjoterapii domowej dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności zwiększono o 3143,4 tys. zł w 2022 r. (166%), 4772,4 tys. zł w 2023 r. (208,8%),
- ośrodka środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży I poziom referencyjny zmniejszono o 2620,4 tys. zł w 2022 r. (43%),
- STM w zakresie:
 - periodontologii zwiększono o: 125,6 tys. zł w 2021 r. (10,2%), 500,0 tys. zł w 2022 r. (36,8%), 427,4 tys. zł w 2023 r. (24,9%),
 - ortodoncji dla dzieci i młodzieży zmniejszono o: 1060,9 tys. zł (22,1%), 1511,8 tys. zł w 2023 r. (33,5%),
 - stomatologicznej pomocy doraźnej zmniejszono o: 1142,4 tys. zł (66,7%), 673,2 tys. zł w 2023 r. (42,4%),
 - ogólnostomatologicznego świadczenia udzielanego w znieczuleniu ogólnym zmniejszono o: 131,4 tys. zł w 2021 r. (10,3%), zwiększono o 133,0 tys. zł w 2022 r. (10,8%),
 - ogólnostomatologicznym zwiększono o 7189,3 tys. zł w 2022 r. (11,3%),
 - chirurgii stomatologicznej i periodontologii zwiększono o 744,7 tys. zł w 2022 r. (19,9%), 755,7 tys. zł w 2023 r. (15%),
 - protetyki stomatologicznej zwiększono o 563,6 tys. zł w 2022 r. (19,2%),
 - świadczenia udzielanego w dentobusie (STM) o 36,2 tys. zł w 2022 r. (13,4%),
 - ogólnostomatologicznym dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia zmniejszono o 197,2 tys. zł w 2022 r. (10,6%), zwiększono o 3434 tys. zł w 2023 r. (197,9%),
 - stomatologicznej pomocy doraźnej zmniejszono o 1032,5 tys. zł w 2022 r. (60%),
 - ogólnostomatologiczne świadczenia udzielane w gabinecie szkolnym zmniejszono o 436,3 tys. zł w 2022 r. (100%), zwiększono o 538,3 tys. zł w 2023 r. (156,4%),
 - ortodontycznej opieki nad dziećmi i wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki zwiększono o 96,7 tys. zł w 2023 r. (25,2%),
- PRO w zakresie:
 - programu profilaktyki raka piersi – etap pogłębionej diagnostyki zwiększono o: 21,1 tys. zł w 2021 r. (10,7%), o 99,1 tys. zł w 2022 r. (63,9%),
 - programu profilaktyki raka szyjki macicy – etap diagnostyczny zmniejszono o: 140,5 tys. zł w 2021 r. (25%), 73,9 tys. zł w 2022 r. (13,1%), 110,4 tys. zł w 2023 r. (17,6%),
 - programu profilaktyki raka szyjki macicy – etap pogłębionej diagnostyki zmniejszono o: 3,7 tys. zł w 2021 r. (12,4%), 12,9 tys. zł w 2022 r. (43%), 22,6 tys. zł w 2023 r. (68,2%),
 - programu profilaktyki raka piersi – etap podstawowy w pracowni mobilnej zwiększono o 368,3 tys. zł w 2022 r. (16,3%), 604,2 tys. zł w 2023 r. (22,9%),

- programu badań prenatalnych zmniejszono o 350,4 tys. zł w 2022 r. (13,4%), 358,9 tys. zł w 2023 r. (13,3%),
- programu profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POCHP) – etap podstawowy zmniejszono o 1,4 tys. zł w 2022 r. (51,5%), 3,1 tys. zł w 2023 r. (93,7%),
- programu profilaktyki raka piersi – etap podstawowy w pracowni stacjonarnej zwiększono o 550,8 tys. zł w 2023 r. (34,4%),
- programu przesiewowego raka jelita grubego zmniejszono o 134,9 tys. zł w 2023 r. (100%),
- POZ w zakresie:
 - nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanej w warunkach ambulatoryjnych i w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy na obszarze zabezpieczenia świadczeniobiorców do 50 tys. świadczeniobiorców w zakresie uzupełnionym zmniejszono o: 768,8 tys. zł w 2021 r. (56,2%), zwiększono o 350,8 tys. zł w 2022 r. (23,3%), 1147,5 tys. zł w 2023 r. (53,6%),
 - pielęgniarstwa zwiększono o: 36 608,5 tys. zł (125,9%),
 - transportu sanitarnego zwiększono o: 754,3 tys. zł (11,1%),
 - lekarza - świadczenia udzielane w stanach nagłych zachorowań ubezpieczonym spoza OW oraz z terenu OW, ale spoza gminy własnej i sąsiadujących i spoza zadeklarowanych pacjentów zwiększono o: 2160,7 tys. zł (112,3%),
 - położnej – wizyta w edukacji przedporodowej zwiększono o: 161,7 tys. zł (10,8%),
 - opieki koordynowanej zmniejszono o 4890,3 tys. zł w 2023 r. (36,8%),
 - koordynacji opieki zmniejszono o 2000,0 tys. zł w 2022 r. (100%), 505,3 tys. zł w 2023 r. (25,5%),
 - diagnostyki zmniejszono o 4569,5 tys. zł w 2023 r. (76,2%).

Dyrektor OW NFZ w Olsztynie wyjaśnił, że: plan zakupu świadczeń nie może przekroczyć poziomu planu finansowego. Z tego też powodu nie ma możliwości ujęcia wszystkich rzeczywistych potrzeb na świadczenia medyczne. Wskazał również, że Fundusz finansuje dwie grupy świadczeń: ryczałt sieci szpitali oraz świadczenia wyodrębnione. W przypadku ryczałtu Oddział planuje globalną wartość dla szpitala. Podstawą wyliczenia ryczałtu jest wzór określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej²¹.

Podał też, że:

- wzrost realizacji świadczeń wynikał z:
 - przesunięcia kosztów związanych z wynagrodzeniem personelu medycznego i niemedycznego do wartości świadczeń,
 - zapotrzebowania populacji,
 - wzrostu wyceny świadczeń (rekomendacje nr: 65/2022, 54/2023, 48/2024 Prezesa AOTMiT),
 - nadlimitów powstałych z powodu uwalniania większej liczby zakresów,
 - zwiększenia dostępności w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii (wzrost liczby łóżek),
 - zwiększenia liczby świadczeniodawców w zakresie tomografii komputerowej oraz rezonansie komputerowym,

²¹ Dz. U. 2024 r. poz. 70, ze zm.

- zmniejszanie kolejek w endoprotezoplastyce,
- zmniejszania planu zakupu wynikały z:
 - ograniczenia zrealizowanych świadczeń z powodu pandemii COVID-19,
 - rozwiązania umów w wyniku zaprzestania realizacji świadczeń.

(akta kontroli str.1064-1075, 3193-3212)

W badanym okresie na terenie województwa W-M znajdowały się obszary (teryty), gdzie pomimo podejmowanych w niektórych latach przez Oddział działań brak było placówek udzielających świadczeń w siedmiu rodzajach (tzw. białe plamy), tj.:

- ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie:
 - diabetologii – świadczenie nie realizowane w powiecie: iławskim w okresie od 26 grudnia 2020 r. do 30 czerwca 2024 r. (postępowanie na wybór świadczeniodawcy przeprowadzono tylko w lipcu 2021 r. – brak ofert), nowomiejskim od 10 października 2023 r. do 30 czerwca 2024 r. (postępowanie przeprowadzono w lutym 2024 r. – brak ofert),
 - endokrynologii – świadczenie nie realizowane w powiecie: węgorzewskim od 1 października 2021 r. do 30 czerwca 2024 r. (postępowanie wszczęto w lutym 2022 r., maju 2022 r. i lipcu 2023 r. – brak ofert),
 - kardiologii – świadczenie nie realizowane w powiecie: olsztyńskim od 1 marca 2022 r. do 30 czerwca 2024 r. (postępowanie w lutym 2022 r. – brak ofert),
 - dermatologii i wenerologii – świadczenie nie realizowane od 1 lipca 2023 r. do 30 czerwca 2024 r. w powiecie kętrzyńskim i nidzickim (postępowania w lipcu 2023 r. i lutym 2024 r. – brak ofert), od 1 stycznia 2021 r. do 30 czerwca 2024 r. w powiecie oleckim (postępowania w marcu i lipcu 2023 r. – brak ofert), od 1 maja 2023 r. do 30 czerwca 2024 r. w powiecie mragowskim (brak postępowania na wybór świadczeniodawcy) oraz trzy powiaty²² na terenie których nie realizowano świadczenia jeszcze przed 2021 r. do dnia 30 czerwca 2024 r., a nie wszczynano w ww. okresie postępowania na wybór świadczeniodawcy,
 - neurologii – świadczenie nie realizowane w powiecie: goldapskim od 1 lipca 2023 r. do 30 czerwca 2024 r., w powiecie węgorzewskim od 1 stycznia 2021 r. do 30 czerwca 2024 r. (w obu przypadkach postępowania wszczęto w marcu i lipcu 2023 r. – brak ofert),
 - leczenia bólu – świadczenie nie realizowane w powiecie olsztyńskim od 1 stycznia 2022 r. do 30 czerwca 2024 r. (postępowanie z lipca 2021 r. – brak ofert),
 - gruźlicy i chorób płuc – świadczenie nie realizowane w powiecie: piskim od 1 stycznia 2021 r. do 30 czerwca 2024 r. (postępowanie wszczęto w lipcu 2021 r., marcu i lipcu 2023 r. – brak ofert),
 - reumatologii – świadczenie nie realizowane w powiecie: piskim i szczycieńskim od 30 listopada 2021 r. do 30 czerwca 2024 r. (postępowania dla grupy powiatów piskiego i szczycieńskiego wszczęto w lutym 2022 r. – brak ofert, a oddzielnie dla powiatu piskiego wszczęto w marcu i lipcu 2023 r. – brak ofert), działdowskiego od 1 maja 2023 r. do 30 czerwca 2024 r. (postępowanie w lutym 2024 r. – brak ofert),
 - położnictwa i ginekologii – świadczenie nie realizowane w okresie od 1 stycznia 2021 r. do 30 czerwca 2024 r. w gminie: Barciany, Ornetą, Srokowo, Węgorzewo (postępowania wszczęto w marcu i lipcu 2023 r. dla gmin Barciany, Ornetą, Srokowo – brak ofert, w lipcu 2021 r. i lutym 2022 r. dla gminy Węgorzewo – brak ofert),

²² Powiat: iławski, goldapski i piski.

- chirurgii onkologicznej – świadczenie nie realizowane w powiecie giżyckim od 1 grudnia 2021 r. do 30 czerwca 2024 r. (postępowania w lutym 2022 r. i marcu 2023 r. – brak ofert),
- ortopedii i traumatologii narządu ruchu – świadczenie nie realizowane w powiecie węgorzewskim od 1 stycznia 2021 r. do 30 czerwca 2024 r. (postępowania w lipcu 2021 r., lutym i maju 2022 r., marcu i lipcu 2023 r. – brak ofert),
- leczenia osteoporozy – świadczenie nie realizowane w powiecie kętrzyńskim od 1 stycznia 2021 r. do 30 czerwca 2024 r. (postępowanie w lutym 2024 r. – brak ofert),
- preluksacji²³ – świadczenie nie realizowane w powiecie kętrzyńskim od 1 stycznia 2021 r. do 30 czerwca 2024 r. (postępowanie w lutym 2024 r. – brak ofert),
- okulistyki – świadczenie nie realizowane w powiecie kętrzyńskim od 1 stycznia 2021 r. do 30 czerwca 2024 r. (postępowania w lipcu 2021 r., lutym i maju 2022 r., styczniu, marcu, lipcu i wrześniu 2023 r., lutym 2024 r. – brak ofert),
- opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie:
 - ośrodek środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży – I poziom referencyjny – świadczenie nie realizowane w okresie: od 1 stycznia 2021 r. do 30 czerwca 2024 r. w powiecie bartoszyckim, kętrzyńskim, mrągowskim, piskim, szczycieńskim, gołdapskim, oleckim (postępowania wszczęte: listopad 2020 r. dla grupy powiatu: bartoszyckiego i kętrzyńskiego – brak ofert, mrągowskiego, piskiego i szczycieńskiego – brak ofert, gołdapskiego i oleckiego – oferta odrzucona, marzec 2023 r. – brak ofert oraz w styczniu 2024 r. – oferta odrzucona dla powiatu oleckiego i bartoszyckiego, marzec 2023 r. dla powiatu gołdapskiego, piskiego i mrągowskiego – postępowanie unieważnione {przeprowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie ubezpieczonych z powodu zmian w przepisach prawa},
 - świadczenia seksuologiczne i patologia współżycia – świadczenie nie realizowane od 1 stycznia 2021 r. do 30 czerwca 2024 r. w województwie W-M (postępowania wszczęte w lutym 2023 r. i styczniu 2024 r. – brak ofert),
 - terapii zaburzeń preferencji seksualnych - świadczenie nie realizowane od 1 stycznia 2021 r. do 30 czerwca 2024 r. w województwie W-M (postępowania wszczęte w lutym 2023 r. i styczniu 2024 r. – brak ofert),
- rehabilitacja lecznicza w zakresie:
 - fizjoterapia domowa – świadczenie nie realizowane w okresie od 2021 r. do 30 czerwca 2024 r.²⁴ w powiatach; piskim, elbląskim, kętrzyńskim, ostródzkim, gołdapskim – Oddział w tym czasie nie planował zakupu świadczeń i nie prowadził postępowań w celu wyboru świadczeniodawcy;
 - lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna - nie realizowano w okresie od 1 czerwca 2022 r. do 30 czerwca 2024 r. w powiecie węgorzewskim i od 1 października 2022 r. do 30 czerwca 2024 r. w powiecie giżyckim – w styczniu 2024 r. przeprowadzono postępowanie na wybór świadczeniodawcy na terenie powiatu węgorzewskiego, które unieważniono z powodu braku ofert, nie przeprowadzono takich postępowań dla powiatu giżyckiego;
- leczenie stomatologiczne w zakresie świadczenia:

²³ Bezbolesne i bezinwazyjne badanie noworodków i niemowląt, dzięki któremu możliwe jest bardzo wczesne wykrycie rozwojowych i wrodzonych wad stawów biodrowych.

²⁴ Data przyjęta do ustalenia sporządzenia danych tabelarycznych.

- ogólnostomatologicznego - nie realizowane w okresie od marca 2021 r. do 30 czerwca 2024 r. w gminie Węgorzewo (postępowanie w czerwcu 2021 r.), od października 2021 r. do 30 czerwca 2024 r. w gminie Wilczęta (brak postępowania o wybór świadczeniodawcy), od października 2021 r. do 30 czerwca 2024 r. w gminie Płoskinia (postępowanie w styczniu 2022 r.), od lutego 2021 r. do 30 czerwca 2024 r. w gminie Dźwierzuty (postępowanie w czerwcu 2021 r.), od stycznia 2023 r. do 30 czerwca 2024 r. w gminie Braniewo (brak postępowania o wybór świadczeniodawcy), od stycznia 2021 r. do 30 czerwca 2024 r. w gminie Budry, Kozłowo, Pasym, Rozogi, Jedwabno, Markusy, Prostki, Świętajno, Szczytno, (postępowanie w czerwcu 2021 r.), od stycznia 2021 r. do 30 czerwca 2024 r. w gminie Działdowo (postępowanie w czerwcu 2021 r. i we wrześniu 2022 r.), od stycznia do końca czerwca 2024 r. w gminie Kalinowo (brak postępowania),
- stomatologicznej pomocy doraźnej – nie realizowane w okresie od stycznia 2021 r. do 30 czerwca 2024 r. dla grupy powiatów ełckiego, węgorzewskiego, gołdapskiego, giżyckiego, oleckiego i piskiego, a także dla grupy powiatów Elbląg, elbląskiego, braniewskiego, lidzbarskiego, ostródzkiego, działdowskiego, nowomiejskiego i iławskiego (postępowania na wybór świadczeniodawcy na terenie ww. powiatów prowadzono w czerwcu 2021 r., styczniu i wrześniu 2022 r. oraz lutym 2024 r. – wszystkie unieważniono z powodu braku ofert),
- ortodoncji dla dzieci i młodzieży – nie realizowane od 18 listopada 2022 r. do 30 czerwca 2024 r. w powiecie ostródzkim oraz od 1 marca 2022 r. do 30 czerwca 2024 r. w powiecie braniewskim – w ww. okresach Oddział nie przeprowadził postępowań na wybór świadczeniodawcy;
- profilaktyczne programy zdrowotne w zakresie:
 - profilaktyki raka piersi etap pogłębionej diagnostyki – świadczenie nie realizowane w okresie od 1 stycznia 2021 r. – 30 czerwca 2024 r. w grupie powiatów ełckim, oleckim, gołdapskim, piskim, węgorzewskim i giżyckim – w lutym 2023 r. przeprowadzono postępowanie na wybór świadczeniodawcy, który unieważniono z powodu braku ofert,
 - profilaktyki chorób odtyniowych (w tym POCHP) etap specjalistyczny – świadczenie nie realizowane w województwie W-M w okresie od 1 stycznia 2021 r. – 30 czerwca 2024 r., Oddział w 2023 r. wszczął trzy postępowania na wybór świadczeniodawcy, które unieważniono w dwóch przypadkach z powodu braku ofert, a w jednym przypadku oferent nie spełniał warunków określonych w przepisach prawa oraz przez Prezesa NFZ;
- świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie:
 - dializoterapia otrzewnowa – świadczenie nie realizowane w okresie styczeń 2022 r. - 30 czerwca 2024 r. w powiecie ełckim, styczeń 2021 r. – 30 czerwca 2024 r. w powiecie piskim, styczeń 2022 r. – 30 czerwca 2024 r. w powiecie kętrzyńskim i mragowskim, styczeń 2021 – 30 czerwca 2024 r. w powiecie oleckim i gołdapskim - jedynie w maju 2022 r. Oddział przeprowadził postępowanie na wybór świadczeniodawcy w tym zakresie dla wskazanych powiatów, które unieważniono z powodu braku ofert,
 - opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego zachorowania na siatkówczaka lub chorobę VON HIPPEL-LINDAU (VHL) – brak realizacji świadczenia w okresie od stycznia 2022 r. do 30 czerwca 2024 r. na terenie województwa W-M – w sierpniu 2022 r. Oddział przeprowadził postępowanie na wybór świadczeniodawcy w tym zakresie, które unieważniono z powodu braku ofert,

- opieka paliatywna i hospicja w zakresie: poradnia medycyny paliatywnej m.in. dla grupy powiatów: ławskiego i ostródzkiego - brak świadczenia w okresie od 16 kwietnia 2021 r. do 29 sierpnia 2024 r.²⁵, dla powiatów mragowskiego i olsztyńskiego oraz bartoszyckiego i kętrzyńskiego – brak świadczenia wystąpił od 1 lipca 2023 r. do 29 sierpnia 2024 r.²⁶. Oddział w ww. przypadkach czterokrotnie wszczął postępowania na wybór świadczeniodawcy, w tym trzykrotnie w 2023 r.²⁷ i jeden raz w 2024 r.²⁸, które unieważniono z powodu braku ofert.

Dyrektor OW NFZ w Olsztynie wyjaśnił, że: w celu poprawy terytorialnej dostępności do świadczeń w latach 2021 – 2024 analizowano dostępność do świadczeń na poszczególnych obszarach kontraktowania i analizowano migrację wewnętrzną pacjentów. Prowadzono uzupełniające postępowania konkursowe na obszarach województwa, grupy powiatów, powiatów, grupy gmin oraz gmin. Powyższe działania oparte były również na informacji otrzymywanych ze strony jednostek samorządowych oraz potencjalnych oferentów jak i organizacji pozarządowych zrzeszających pacjentów. Podał też, że w zależności od posiadanych środków finansowych zaplanowano i przeprowadzono postępowania konkursowe na tzw. białe plamy. Część postępowań rozstrzygnięto i zawarto umowy, a część postępowań została unieważniona z powodu braku oferentów.

W sprawie nie podejmowania przez Oddział w niektórych latach, a nie w każdym roku okresu objętego kontrolą działań dotyczących wyboru świadczeniodawcy na obszarach, na których nie zabezpieczono realizacji siedmiu świadczeń zdrowotnych Dyrektor OW NFZ podał, że głównymi przyczynami niepodejmowania działań przez Oddział zmierzające do wyboru świadczeniodawcy na obszarach, na których nie zabezpieczono realizacji siedmiu świadczeń zdrowotnych w latach 2021-2024 (30 czerwca) były:

- a) ustanowienie określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19. Wiele podmiotów realizujących świadczenia medyczne w poszczególnych rodzajach świadczeń zawiesiło lub znacznie ograniczyło realizację świadczeń. Utrudniało to przeprowadzanie postępowań konkursowych;
- b) prowadzone prace legislacyjne w rodzaju świadczenia: PSY - reformujące system ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, zdrowia psychicznego dorosłych oraz organizacji świadczeń w zakresie leczenia uzależnień, w wyniku których akty prawne regulujące zakres realizowanych świadczeń, sposób ich organizacji i finansowania, ulegają dynamicznym zmianom, STM zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne było zmieniane trzykrotnie, co miało istotny wpływ na możliwość ogłaszania postępowań uzupełniających w 2023 r.,
- c) brak podmiotów leczniczych wpisanych w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą (RPWDL) które miałyby zdolność podpisać umowę na realizację świadczeń na terenie w którym występował brak zabezpieczenia świadczeń,
- d) brak informacji od podmiotów leczniczych, które zainteresowane były udzielaniem świadczeń w latach 2021-2024 (30 czerwca) na obszarach występowania białych plam,
- e) z roku na rok spada liczba pacjentów leczonych dializoterapią otrzewnową w warunkach domowych i brak jest zainteresowania ze strony Stacji Dializ udzielaniem świadczeń tą alternatywną metodą dializowania pacjentów. Należy

²⁵ Dzień sporządzenia zestawienia z białymi plamami.

²⁶ Dzień sporządzenia zestawienia z białymi plamami.

²⁷ Data ogłoszenia postępowania: 10.02.2023 r., 29.03.2023 r., 18.04.2023 r.

²⁸ Data ogłoszenia postępowania 05.02.2024 r.

podkreślić, że pacjenci z przewlekłą niewydolnością nerek w sposób ciągły mają zabezpieczenie i są dializowani w ramach zakresu: hemodializoterapia.

W okresie objętym kontrolą, tylko niektóre działania podjęte przez Oddział, zmierzające do wyboru świadczeniodawcy na obszarach, na których nie zabezpieczono realizacji świadczeń zdrowotnych zakończyły się zawarciem umowy z wybranym świadczeniodawcą, tj.:

- ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie:
 - diabetologii - świadczenie nie realizowane w powiecie: oleckim od 1 stycznia 2021 r. do 31 sierpnia 2021 r. (postępowanie prowadzono w lipcu 2021 – zawarto umowę z wybranym świadczeniodawcą),
 - endokrynologii – świadczenie nie realizowane w powiecie: elbląskim od 1 stycznia 2021 do 31 sierpnia 2021 r. (postępowanie wszczęto w lipcu 2021 r. – zakończone podpisaniem umowy),
 - gruźlicy i chorób płuc – świadczenie nie realizowane w powiecie: gołdapskim od 1 stycznia 2021 r. do 30 kwietnia 2021 r. (postępowanie w marcu 2021 r. – zakończone podpisaniem umowy), lidzbarskim od 1 stycznia 2021 r. do 31 marca 2022 r. (postępowanie w lutym 2022 r. – zakończone podpisaniem umowy),
 - neurochirurgii dla dzieci – świadczenie nie realizowane w województwie W-M od 1 stycznia 2021 r. do 1 kwietnia 2022 r. (postępowanie w lutym 2022 r. – zawarcie umowy),
 - okulistyki – świadczenie nie realizowane w powiecie bartoszyckim od 1 stycznia 2021 r. do 17 kwietnia 2023 r. (postępowania w lipcu 2021 r., lutym i maju 2022 r., styczniu 2023 r. – brak ofert oraz marcu 2023 r. – zawarcie umowy), działdowskim od 1 stycznia 2021 r. do 17 kwietnia 2023 r. (postępowania w lipcu 2021 r., lutym i maju 2022 r., styczniu 2023 r. – brak ofert oraz w marcu 2023 r. – zawarcie umowy),
 - otolaryngologii – świadczenie nie realizowane w powiecie gołdapskim od 1 stycznia 2021 r. do 31 sierpnia 2023 r. (postępowania w maju 2022 r., marcu 2023 r. – brak ofert oraz w lipcu 2023 r. – zawarcie umowy),
- opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie:
 - ośrodek środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży – I poziom referencyjny – świadczenie nie realizowane w okresie: od 1 stycznia 2021 r. do 9 kwietnia 2021 r. w powiecie: elckim, działdowskim, nidzickim, węgorzewskim i giżyckim (postępowanie wszczęto w marcu 2021 r. – zawarto umowy), od 1 stycznia 2021 r. do 1 maja 2024 r. w powiecie nidzickim (postępowania: luty 2023 r. – brak ofert, marzec 2024 r. – zawarcie umowy).

(akta kontroli str. 1076-1102, 3193-3212, 3270-3285)

1.2.2. W okresie objętym kontrolą Oddział, realizując plan zakupu przeprowadził 730 postępowań w celu zawarcia umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, w tym w:

- 2021 r. - 112 postępowań (111 w trybie konkursu i jedno w trybie rokowania), z których 56 zakończono zawarciem umów, 55 unieważniono i jedno odwołano,
- 2022 r. - 167 postępowań (odpowiednio: 161 i 6), w tym 85 rozstrzygnięto i zawarto umowy, a 82 unieważniono,
- 2023 r. - 353 postępowania (350 i 3), w tym 165 rozstrzygnięto, 158 unieważniono, 30 odwołano,
- 2024 r. (30 czerwca) – 98 postępowania (92 i 6) – rozstrzygnięto 52, unieważniono 80, odwołano 9.

W wyniku rozstrzygniętych postępowań zawarto łącznie 175 umów i 103 aneksy do umów obowiązujących, w tym w:

- 2021 r. – zawarto łącznie 17 umów i 26 aneksów na dziewięć rodzajów świadczeń (AOS, REH, OHP, SZP, POZ, PSY, RTM, SPO, STM), przy czym najwięcej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (osiem umów i osiem aneksów), zaś najmniej w trzech rodzajach (OPH, POZ, RTM) – po jednej umowie lub aneksie.
- 2022 r. – zawarto 17 umów i 27 aneksów dotyczących siedmiu rodzaju świadczeń (AOS, REH, SZP, PRO, SOK, SPO, STM), w tym najwięcej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (osiem umów, 16 aneksów), a najmniej w dwóch rodzajach świadczeń (SPO i STM) – po dwie umowy (w tym jeden aneks) 2023 r. - zawarto 104 umowy i 38 aneksów dotyczących 11 rodzajów świadczeń (AOS, REH, OPH, SZP, PRO, PSY, SOK, SPO, STM, UZD, PDT), w tym najwięcej w rodzaju opieka paliatywna i hospitalizacja (22 umowy, 23 aneksy), a najmniej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny – jedna umowa.
- 2024 r. (30 czerwca) - zawarto 23 umowy i dziewięć aneksów dotyczących ośmiu rodzaju świadczeń (AOS, REH, SZP, POZ, PRO, PSY, STM, PDT, przy czym najwięcej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (sześć umów i dwa aneksy), zaś najmniej w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne - jedna umowa.

(akta kontroli str. 1103-1105)

W badanym okresie Oddział, po przeprowadzeniu postępowań na podstawie art. 159 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zawierał również umowy i aneksy z świadczeniodawcami na realizację dwóch rodzajów świadczeń, tj.:

- programy pilotażowe: 33 umowy i jeden aneks w 2021 r., odpowiednio dziewięć i sześć w 2022 r., 40 i sześć w 2023 r. oraz 37 i osiem w 2024 r. (stan na 30 czerwca),
- zaopatrzenie w wyroby medyczne: 25 i 16 w 2021 r., 22 i 20 w 2022 r., 128 i 78 w 2023 r. Do 30 czerwca 2024 r. nie zawarto żadnej umowy.

(akta kontroli str. 1106)

Oddział wywiązywał się też z postanowień § 17 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2020 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy²⁹. We wszystkich przypadkach przeprowadzano weryfikację u oferentów, którzy dotychczas nie mieli zawartej umowy w zakresie świadczeń stanowiących przedmiot postępowania lub z którymi rozwiązano, w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie oferenta, uprzednią umowę w zakresie świadczeń stanowiących przedmiot postępowania.

(akta kontroli str. 1107)

W toku prowadzonych w latach 2021-2024 (30 czerwca) postępowań w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń, do komisji konkursowych złożono łącznie pięć protestów, o których mowa w art. 153 ustawy o świadczeniach zdrowotnych, w tym trzy w 2021 r. do postępowań dotyczących ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz dwa w 2024 r. dotyczących pomocy doraźnej i transportu sanitarnego. Wszystkie ww. protesty rozpatrzono i uznano za niezasadne.

²⁹ Dz. U. poz. 1858, dalej: rozporządzenie w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu.

Po opublikowaniu w ww. okresie ogłoszeń o rozstrzygnięciu postępowań złożono łącznie pięć odwołań, o których mowa w art. 154 ustawy o świadczeniach zdrowotnych, w tym: jedno w 2021 r. (dotyczące ambulatoryjnej opieki specjalistycznej), dwa w 2023 r. (świadczenia zdrowotne kontraktowane oddzielnie) i dwa w 2024 r. (pomoc doraźna i transport sanitarny). Wszystkie ww. odwołania uznano za nieuzasadnione.

(akta kontroli str. 1108)

1.2.3. W latach 2021 – 2024 (do dnia 30 czerwca) w Oddziale wydłużono okresy obowiązywania 3133 umów, w tym: w 2336 odbyło się to na podstawie art. 18 ust. 2 ustawy o zwalczaniu COVID-19, a w 797 przypadkach na podstawie art. 156 ust. 1a ustawy o świadczeniach.

Dyrektor OW NFZ w Olsztynie wyjaśnił, że przedłużając umowy na podstawie art. 156 ust. 1a ustawy o świadczeniach OW NFZ przeprowadzał analizę dostępności do świadczeń w rodzajach³⁰ które były przedłużane, która obejmowała potrzeby zdrowotne mieszkańców województwa, dostępu do świadczeń pod kątem danych demograficznych, epidemiologicznych oraz Mapy Potrzeb Zdrowotnych. Pod uwagę wzięto aktualny poziom realizacji umów, długość kolejek oczekujących do poszczególnych zakresów. Ponadto analizowano skutki nieprzedłużenia umów w całym rodzaju świadczeń, które doprowadziłyby m.in. do braku zabezpieczenia świadczeń między innymi dla dzieci, osób niepełnosprawnych, osób z chorobami nowotworowymi, osób objętych leczeniem programami lekowymi, problemów wynikających z konieczności zapewnienia osobom wpisanym na listy oczekujących leczenia w innych województwach oraz do braku możliwości kontynuacji leczenia. Ponadto podał, że w związku z zakończeniem z dniem 31 grudnia 2024 r. umów aktualnie obowiązujących w rodzajach Świadczenie Pielęgnacyjne i Opiekuńcze oraz Leczenie Szpitalne prowadzone są procedury konkursowe w celu zawarcia umów z datą obowiązywania od dnia 1 stycznia 2025 r. Ponadto w IV kwartale 2024 r. Oddział ogłosi postępowania konkursowe w rodzaju Podstawowa Opieka Zdrowotna – nocna i świąteczna.

W badanym okresie OW NFZ nie zawierał ze świadczeniodawcami umów na świadczenia medyczne w rodzaju ambulatoryjna opieka medyczna oraz leczenie stomatologiczne na okres dłuższy niż 5 lat, nie było również przypadków umów zawartych na okres krótszy niż 5 lat, które byłyby przedłużane w trybie art. 156 ust. 1a ustawy o świadczeniach do osiągnięcia łącznie pięcioletniego okresu ich obowiązywania.

Szczegółowym badaniem objęto 24 umowy³¹ na świadczenia medyczne w rodzaju AOS (22 umowy) i STM (dwie), w tym 15³² których okres obowiązywania przedłużono na podstawie art. 18 ust. 2 ustawy o COVID-19 oraz 9³³, których okres obowiązywania

³⁰ AOS, PDT, POZ, PSY, REH, SPO, STM, SZP, ZPO.

³¹ Umowy zawarte w latach 2021-2024 (30 czerwca) na okres krótszy niż 5 lat, które były przedłużane 100%.

³² Umowy nr: 14-00-00364-21/001/02/01/AOS (przedłużano trzykrotnie, w tym ostatni raz 15.06.2024 r. na okres od 01.07.2023 r. do 31.12.2024 r.), 14-00-00530-21/001/02/02/AOS (umowę rozwiązano 31.12.2022 r.), 14-00-00540-21/002/02/02/AOS (umowę rozwiązano 31.12.2022 r.), 14-00-00576-21/003/02/01/AOS (przedłużano dwukrotnie, w tym ostatni raz 15.06.2024 r. na okres od 01.07.2023 r. do 31.12.2024 r.), 14-00-00811-21/003/02/02/AOS (umowę rozwiązano 31.12.2022 r.), 14-00-01169-21/004/02/01/AOS (umowę rozwiązano 31.12.2022 r.), 14-00-02013-21/002/02/01/AOS (przedłużano dwukrotnie, w tym ostatni raz 15.06.2024 r. na okres od 01.07.2023 r. do 31.12.2024 r.), 14-00-03757-21/004/02/02/AOS (przedłużano dwukrotnie, w tym ostatni raz 15.06.2024 r. na okres od 01.07.2023 r. do 31.12.2024 r.), 14-00-00719-22/003/02/01/AOS (przedłużano dwukrotnie, w tym ostatni raz 15.06.2024 r. na okres od 01.07.2023 r. do 31.12.2024 r.), 14-00-02200-22/004/02/01/AOS (przedłużano dwukrotnie, w tym ostatni raz 15.06.2024 r. na okres od 01.07.2023 r. do 31.12.2024 r.), 14-00-05064-22/002/02/01/AOS (przedłużano dwukrotnie, w tym ostatni raz 15.06.2024 r. na okres od 01.07.2023 r. do 31.12.2024 r.), 14-00-00480-22/005/02/01/AOS (przedłużano dwukrotnie, w tym ostatni raz 15.06.2024 r. na okres od 01.07.2023 r. do 31.12.2024 r.), 14-00-00480-23/001/02/01/AOS (przedłużano jeden raz 15.06.2024 r. na okres od 01.07.2023 r. do 31.12.2024 r.) oraz 14-00-05024-21/001/07/STM (przedłużano trzykrotnie w trybie art. 18 ust. 2 ustawy o zwalczaniu COVID-19 i jeden raz w trybie art. 156 ust. 1a Ustawy o świadczeniach na okres od 01.07.2024 r. do 31.12.2024 r.).

³³ Umowy nr: 14-00-00823-23/002/02/02/AOS (przedłużano jeden raz 06.06.2024 r. na okres od 01.07.2023 r. do 31.12.2024 r.), 14-00-05122-23/001/02/02/AOS (przedłużano jeden raz 06.06.2024 r. na okres od 01.07.2023 r. do 31.12.2024 r.), 14-00-

przedłużono na podstawie art. 156 ust. 1a ustawy o świadczeniach. Ustalono, że w przypadku 20 umów, okres ich obowiązywania przedłużono do 31 grudnia 2024 r. OW NFZ w 2024 r. (stan na 6 listopada) nie podjął działań w celu przeprowadzenia 20 postępowań dotyczących wyboru świadczeniodawców, którzy realizowaliby świadczenia w rodzaju AOS i STM po zakończeniu okresu na który były one zawarte, opisano w pkt 1 sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”. Oddział 11 i 14 października 2024 r. wystąpił do podmiotów medycznych realizujących te świadczenia z wnioskiem o kolejne przedłużenie 20 umów w trybie art. 156 ust.1a ustawy o świadczeniach, a po uzyskaniu zgody na przedłużenie umowy do 30 czerwca 2025 r. zaplanował ogłoszenie postępowań konkursowych w I półroczu 2025 r. w celu zawarcia nowych umów od 1 lipca 2025 r.

Cztery umowy³⁴ rozwiązano z dniem 31 grudnia 2022 r. (porozumienia z dnia 1 grudnia 2022 r.) w związku z kwalifikacją świadczeniodawców do systemu szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Dyrektor OW NFZ Olsztyn wyjaśnił, że decyzja o przedłużeniu (w trybie ustawy o zwalczaniu COVID-19) umów, których z dniem 30 czerwca 2023 r. kończył się termin ich obowiązywania, zapadła 16 maja 2023 r. Podał też, że w chwili przedłużania umów Oddział nie posiadał wiedzy, iż stan zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii zostanie odwołany, a przedłużenie umów na podstawie art. 18 ust. 2 ustawy o zwalczaniu COVID-19 zapewniło ciągłość i dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej.

Wyjaśnił również, że postępowania konkursowe, w celu wyłonienia świadczeniodawców w ww. rodzajach świadczeń, nie zostały przeprowadzone ponieważ obecnie trwają prace związane z przedłużeniem tych umów do dnia 30 czerwca 2025 r. na podstawie art. 156 ust. 1a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W planie zakupu świadczeń na rok 2025 zaplanowano ogłoszenie postępowań konkursowych w tych zakresach oraz pozostałych w rodzaju AOS oraz w rodzaju STM i REH w I kwartale 2025 roku, w celu zawarcia umów od 1 lipca 2025 r. Podstawą do rozpoczęcia procesu kontraktowania świadczeń na rok następny jest plan zakupu świadczeń, który jest na etapie procedowania i akceptacji przez Radę Warmińsko Mazurskiego Oddziału Wojewódzkiego Funduszu. Należy zaznaczyć, że AOS i STM to bardzo duże dziedziny rodzajowe, które do przeprowadzenia postępowań konkursowych wymagają długiego czasu procedowania oraz zaangażowania dużej liczby doświadczonych pracowników Oddziału. W pozostałym do końca roku okresie z uwagi na wymienione powyżej okoliczności skuteczne przeprowadzenie postępowań nie jest możliwe. W efekcie groziło by to zakończeniem okresu obowiązywania umów, bez kontynuacji zabezpieczenia świadczeń na kolejny rok.

(akta kontroli str. 1801-1808, 3264-3269, 3213-3258, 3281-3286)

1.2.4. W badanym okresie OW NFZ nie przeprowadzał dodatkowych postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.

(akta kontroli str. 1809)

1.2.5. W okresie objętym kontrolą przeprowadzono łącznie 730 postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej prowadzonych

00158-23/005/02/01/AOS (przedłużano jeden raz 06.06.2024 r. na okres od 01.07.2023 r. do 31.12.2024 r.), 14-00-00774-23/004/02/01/AOS (przedłużano jeden raz 06.06.2024 r. na okres od 01.07.2023 r. do 31.12.2024 r.), 14-00-03772-23/006/02/01/AOS (przedłużano jeden raz 06.06.2024 r. na okres od 01.07.2023 r. do 31.12.2024 r.), 14-00-05125-23/003/02/01/AOS (przedłużano jeden raz 06.06.2024 r. na okres od 01.07.2023 r. do 31.12.2024 r.), 14-00-05158-23/002/02/01/AOS (przedłużano jeden raz 06.06.2024 r. na okres od 01.07.2023 r. do 31.12.2024 r.), 14-00-00924-23/007/02/01/AOS (przedłużano dwukrotnie ostatnie raz 05.06.2024 r. na okres od 01.07.2023 r. do 31.12.2024 r.) oraz 14-00-05181-23/001/07/STM (przedłużano jeden raz 06.06.2024 r. na okres od 01.07.2023 r. do 31.12.2024 r.).

³⁴ Umowa nr: 14-00-00530-21/001/02/02/AOS, 14-00-00540-21/002/02/02/AOS, 14-00-00811-21/003/02/02/AOS, 14-00-01169-21/004/02/01/AOS.

w formie konkursu (714 postępowań) lub rokowań (16 postępowań), z czego rozstrzygniętych zostało 342 postępowania (326 konkursów i 16 rokowań).

Analiza 12 postępowań³⁵ (spośród 342 postępowań rozstrzygniętych – 3,5%) w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń na łączną kwotę 21 981 tys. zł wykazała m.in., że we wszystkich przypadkach:

- Dyrektor OW³⁶, podjął decyzję o ich ogłoszeniu i powołał skład komisji konkursowych, stosownie do zapisów punktu 1.4. (konkurs ofert) lub 1.5. (rokowania) Procedury konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³⁷.
- Ogłoszenia o postępowaniu w trybie konkursu ofert i rokowań, zawierały elementy wymagane art. 139 ust. 3 ustawy o świadczeniach oraz § 3 rozporządzenia w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu.
- przedmiot zamówienia został opisany zgodnie z wewnętrzną procedurą kontraktowania, tj. załącznikiem nr 3 oraz 3a do Procedury konkursu ofert. Do opisu przedmiotu zamówienia zastosowano nazwy i kody określone we Wspólnym Słowniku Zamówień określonym w rozporządzeniu nr 2195/2002 z dnia 5 listopada 2002 r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień³⁸, stosownie do art. 141 ust. 4 ustawy o świadczeniach.
- Składy komisji konkursowych spełniły wymogi § 6 ust. 1 i-3 rozporządzenia w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu.
- Członkowie komisji konkursowych złożyli w trakcie postępowania oświadczenia o nieistnieniu przesłanek do ich wyłączenia z prac komisji, o których mowa w art. 139 ust. 5 ustawy o świadczeniach.
- Komisje konkursowe prawidłowo dokumentowały przebieg postępowania, w tym m.in. sporządziły protokoły z części jawnej i niejawniej, informacje o rozstrzygnięciu postępowania i sformułowały wnioski o zawarcie umów z wybranymi oferentami oraz ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania.
- Poprawnie wyliczono wartości punktowe złożonych ofert, zgodnie z rozporządzeniem w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
- Rozstrzygnięcia postępowań konkursowych ogłoszono, zgodnie z art. 151 ust. 2 i ust. 4 ustawy o świadczeniach, w miejscu i terminach określonych w ogłoszeniach o konkursie ofert.

W wyniku analizy dokumentacji z 12 ww. postępowań ustalono również, że:

- Komisje konkursowe przeprowadzały weryfikacje potencjału u oferentów, którzy nie mieli dotychczas zawartej umowy z NFZ na dany zakres świadczenia lub z którymi rozwiązano wcześniej umowę.

³⁵ Postępowania w rodzajach ambulatoryjna opieka specjalistyczna, rehabilitacja lecznicza, opieka paliatywna i hospicyjna oraz opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień o największej liczbie złożonych protestów i odwołań lub o najwyższej wartości: nr 14-21-000008/PSY/04/1/04.9901.400.03/01, 14-21-000030/REH/05/1/05.2300.021.02/03, 14-21-000108/AOS/02/1/02.1340.001.02/01, 14-22-000075/REH/05/1/05.4300.300.02/01, 14-23-000133/PSY/04/1/04.4712.021.02/01, 14-22-000148/AOS/02/3/02.7250.72.02/01, 14-23-000248/REH/05/1/05/4300/300.02/01, 14-24-000007/PSY/04/1/04.9902.400.03/01, 14-24-000125/REH/05/1/05.4300.300.02/03, 14-24-000130/PSY/04/1/04.4700.021.02/01, 14-22-000193/AOS/02/1/02.1450.001.02/01, 14-23-000114/OPH/15/1/15.4180.021.02/01.

³⁶ Pełnomocnictwa udzielone Dyrektorowi OW przez Prezesa NFZ nr 318/2020 z 1 września 2020 r., nr 1109/2020 z 19 listopada 2020 r., nr 300/2021 z 30 listopada 2021 r., nr 31/2023 z 10 lutego 2023 r.

³⁷ Procedura nr 2020/001/BO/KONTR/6.07, wprowadzona na podstawie pisma o sygn.: DSOZ-SSZS.401.1.2020, 2020.5958.GPO z lutego 2020 r., dalej: Procedura konkursu ofert.

³⁸ Dz. Urz. WE L 340 ze zm.

- W toku dwóch postępowań zaszyły określone w art. 144 ust. 2 ustawy o świadczeniach przesłanki do zastosowania trybu rokowań, z uwagi na unieważnienie postępowania w trybie konkursu ofert i braku zabezpieczenia świadczeń³⁹ oraz konieczność zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń, spowodowanej wykreśleniem oddziału chorób wewnętrznych z rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą stanowiącego podstawę kwalifikacji Podmiotu do sieci szpitali⁴⁰. W toku dwóch postępowań⁴¹ prowadzono z oferentami negocjacje (do każdego z tych postępowań zgłosił się jeden oferent). Sporządzone po negocjacjach protokoły zawierały: informacje na temat składanych przez strony biorące w nich udział propozycji dotyczących ceny i liczby planowanych do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, wskazanie wynegocjowanych cen i liczby planowanych do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, podpisy członków komisji konkursowej oraz osób reprezentujących oferenta, a także informacje o ustaleniu ostatecznego stanowiska w zakresie ceny i liczby świadczeń.
- W jednym przypadku⁴², oferent, którego oferta została odrzucona, złożył trzy protesty na postępowanie komisji konkursowej, których w terminie określonym art. 153 ust. 3 ustawy o świadczeniach nie uwzględniono. Również terminowo rozpatrzono i oddalono odwołanie świadczeniodawcy dotyczące rozstrzygnięcia ww. postępowań.
- Informacje o ogłoszeniu 11 postępowań nieterminowo przesłano do właściwych okręgowych izb lekarskich i okręgowych izb pielęgniarek i położnych oraz do Krajowej Izby Fizjoterapeutów, w celu opublikowania przez ww. podmioty na stronie internetowej lub zamieszczenia na tablicy ogłoszeń, zaś w przypadku jednego postępowania⁴³ nie wywiązano się z tego obowiązku, co opisano w pkt. 2 sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.
- Po przeprowadzeniu jednego⁴⁴ spośród siedmiu postępowań⁴⁵, w których wartość świadczeń medycznych przekroczyła wyrażoną w złotych równowartości kwoty 130 000 euro, wywiązano się z obowiązku określonego w art. 151 ust. 6 ustawy o świadczeniach i ogłoszenie o wyniku rozstrzygnięcia postępowania przekazano do Urzędu Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich (dalej: „Urząd Publikacji”). W przypadku pozostałych sześciu postępowań⁴⁶ ogłoszenia takie do 30 sierpnia 2024 r. nie zostały przekazane, co opisano w pkt. 3 sekcji „Stwierdzone nieprawidłowości”.

(akta kontroli str. 1810-2105)

1.2.6. Analiza 24 ogłoszeń o postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, prowadzonych w latach objętych kontrolą w trybie konkursu ofert lub rokowań, wykazała, że w ogłoszeniach tych przywołano przepis ustawy o świadczeniach, który określał wymagania wobec oferentów, warunkujące możliwość uczestniczenia w postępowaniu. Jednym z tych kryteriów było posiadanie pozytywnej opinii o celowości przeprowadzenia inwestycji w ochronie zdrowia przy

³⁹ Postępowanie nr 14-21-000030/REH/05/1/05.2300.021.02/03

⁴⁰ Postępowanie nr 14-24-000125/REH/05/1/05.4300.300.02/03

⁴¹ Postępowania nr 14-22-000075/REH/05/1/05.4300.300.02/01 i 14-23-000248/REH/05/1/05/4300/300.02/01.

⁴² Postępowanie nr 14-21-000108/AOS/02/1/02.1340.001.02.

⁴³ 14-21-000108/AOS/02/1/02.1340.001.02.01

⁴⁴ Postępowanie nr 14-23-000114/OPH/15/1/15.4180.021.02/01

⁴⁵ Postępowania nr: 14-22-00075/REH/05/1/05.4300.300.02/01, 14-23-000133/PSY/04/1/04.4712.021.02/01, 14-23-000248/REH/05/1/05/4300/300.02/01, 14-24-000007/PSY/04/1/04.9902.400.03/01, 14-24-000130/PSY/04/1/04.4700.021.02/01 i 14-24-000125/REH/05/1/05.4300.300.02/03

⁴⁶ Postępowania nr :14-22-00075/REH/05/1/05.4300.300.02/01 – data zawarcia umowy 7 lutego 2022 r., 14-23-000133/PSY/04/1/04.4712.021.02/01 – data zawarcia umowy 3 kwietnia 2023 r., 14-23-000248/REH/05/1/05/4300/300.02/01 – data zawarcia umowy 24 kwietnia 2023 r., 14-24-000007/PSY/04/1/04.9902.400.03/01 – data zawarcia aneksu do umowy 28 grudnia 2023 r., 14-24-000130/PSY/04/1/04.4700.021.02/01 – data zawarcia aneksu do umowy 28 czerwca 2024 r. i 14-24-000125/REH/05/1/05.4300.300.02/0301 – data zawarcia umowy 10 czerwca 2024 r.

wykorzystaniu której miałby być udzielane świadczenia opieki zdrowotnej (dalej: „Opinia o celowości”).

Dyrektor OW NFZ wyjaśnił m.in., że komisje konkursowe, powołane latach 2021-2024 do przeprowadzenia postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na etapie rozpatrywania złożonych ofert weryfikowały obowiązek posiadania przez oferentów pozytywnej Opinii o celowości. Narzędziem weryfikującym ocenę inwestycji w sektorze zdrowia w tym okresie był system teleinformatyczny IOWISZ – Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia. Ponadto, w przypadku wątpliwości komisji konkursowej co do wartości inwestycji, oferent podczas weryfikacji składał oświadczenie o przekroczeniu wartości 2.000 tys. zł kosztorysowej inwestycji na dzień złożenia wniosku. Wskazał również, że procedura związana z przeprowadzeniem postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie była w latach 2021 – 2024 (do 30 czerwca) aktualizowana pod kątem weryfikowania obowiązku posiadania przez oferentów pozytywnej Opinii o celowości. W OW NFZ nie istnieje procedura weryfikacji dotycząca posiadania przez oferenta pozytywnej opinii o celowości przeprowadzenia inwestycji. Ponadto Oddział Funduszu nie otrzymał wytycznych w tej sprawie z Centrali NFZ.

Badanie 10 postępowań⁴⁷ wykazało, że kontrolowana jednostka we wszystkich przypadkach zweryfikowała posiadanie przez oferentów pozytywnej Opinii o celowości. Członkowie komisji konkursowych dokonywali tego w systemie teleinformatycznym Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia (9 przypadków), dokumentując ten fakt stosowną notatką lub opinią została złożona z ofertą przez podmiot biorący udział w postępowaniu (jeden przypadek).

(akta kontroli str. 2106-2129, 3213-3258)

1.3. Realizacja planu zakupów świadczeń

Opis stanu faktycznego

1.3.1. Wartość zakontraktowanych i zrealizowanych świadczeń w poszczególnych rodzajach w przeliczeniu na jednego ubezpieczonego, wg stanu na koniec grudnia 2021-2023 oraz na koniec czerwca 2024 r.⁴⁸ wyniosła w:

- SZP – 113 044,49 zł i 112 223,21 zł, najwyższe wartości świadczeń odnotowano w mieście Olsztyn (zakontraktowane: 26 597,34 zł i zrealizowane: 26 629,01 zł), zaś najniższe w powiecie gołdapskim (921,19 zł i 890,13 zł);
- AOS – 13 949,50 zł i 13 826,51 zł, najwyższe wartości świadczeń - miasto Elbląg (odpowiednio: 2108,61 zł i 2109,36 zł), zaś najniższe - powiat olecki (213,10 zł i 204,45 zł);
- CHZ – nie zakontraktowano świadczeń w tym zakresie (umowy w rodzaju CHZ są zawierane bez określonej kwoty zobowiązania), zaś wartość świadczeń zrealizowanych na jednego ubezpieczonego wyniosła 13 665,17 zł. Najwyższe wartości - powiat nidzicki (2496,17 zł), zaś najniższe – powiat elbląski (125,19 zł);
- PSY – 12 408,91 zł i 12 025,93 zł, najwyższe wartości świadczeń - powiat węgorzewski (4693,47 zł i 4577,82 zł), zaś najniższe - powiat mragowski (42,43 zł i 41,53 zł);
- STM – 6948,14 zł i 6911,20 zł, najwyższe wartości - miasto Elbląg (636,39 zł i 665,80 zł), zaś najniższe - powiat węgorzewski (172,30 zł i 176,63 zł);

⁴⁷ Postępowania o najwyższej wartości świadczeń o nr: 14-21-000031/SZP/03/1/03.4401.030.02/01, 14-22-000044/SZP/03/1/03.4260.040.02/01, 14-22-000212/SZP/03/1/03.4060.030.02/01, 14-22-000242/SZP/03/1/03.4050.031.02/01, 14-23-000026/SZP/03/1/03.4272.080.02/02, 14-23-000050/SZP/03/1/03.4610.032.02/01, 14-23-000384/SZP/03/1/03.4220.030.02/01, 14-23-000381/SPO/14/1/14.5160.026.04/01, 14-23-000027/REH/05/1/05.4306.300.02/01, 14-23-000248/REH/05/1/05.4300.300.02/01

⁴⁸ Dla poszczególnych powiatów i miast na prawach powiatu.

- REH – 6936,49 zł i 6996,93 zł, najwyższe wartości - powiat bartoszycki (1117,68 zł i 1128,03 zł), zaś najniższe - powiat piski (106,23 zł i 109,04 zł);
- SPO – 6084,05 zł i 6058,48 zł, najwyższe wartości świadczeń - powiat olsztyński (726,91 zł i 724,45 zł), zaś najniższe - powiat mrągowski (36,25 zł i 32,57 zł);
- RTM – świadczenia zakontraktowane wyniosły 4385,10 zł⁴⁹, zaś zrealizowane – 4371,71 zł;
- SOK – 4129,09 zł i 3975,35 zł, najwyższe wartości świadczeń - powiat mrągowski (620,20 zł i 597,46 zł), zaś najniższe - powiat nowomiejski (41,64 zł i 41,84 zł);
- OPH – 2534,07 zł i 2529,13 zł, najwyższa wartość świadczeń - powiat olecki (465,82 zł i 457,44 zł), zaś najniższa – powiat iławski (30,43 zł i 28,38 zł);
- UZD – świadczenia zakontraktowane wyniosły 1963,50 zł, zaś zrealizowane – 1836,92 zł;
- PPZ – 1523,34 zł i 1381,73 zł, najwyższa wartość świadczeń - miasto Elbląg (657,66 zł i 637,33 zł), zaś najniższa - powiat gołdapski (kontraktacja 0,08 zł, świadczenia nie realizowano);
- PDT – 860,19 zł i 860,17 zł, najwyższa wartość świadczeń - powiat olecki (189,14 zł), zaś najniższa - miasto Elbląg (56,99 zł);
- POZ – 658,43 zł i 37 633,32 zł, najwyższa wartość świadczeń - powiat gołdapski (154,33 zł i 2003 zł), zaś najniższa - powiat elbląski (4,71 zł 1300,08 zł);
- PRO – 184,38 zł i 173,62 zł, najwyższa wartość świadczeń - miasto Olsztyn (94,75 zł i 87,71 zł), zaś najniższa - powiaty nowomiejski i olecki (po 0,06 zł oraz 0,01 zł⁵⁰);
- APT – 6,43 zł i 7,33 zł, najwyższa wartość świadczeń - powiat gołdapski (3,41 zł i 3,96 zł), zaś najniższa - powiat kętrzyński (0,04 zł i 0,02 zł);
- ZPO – świadczenia zakontraktowane wyniosły 0,23 zł (umowy w rodzaju ZPO są zawierane bez określonej kwoty zobowiązania), zaś zrealizowane – 1403,87 zł.

(akta kontroli str. 1109-1195)

W wyniku analizy danych dotyczących liczby i wartości zrealizowanych świadczeń w pięciu zakresach w ramach AOS⁵¹ w przeliczeniu na jednego ubezpieczonego ustalono, że w latach 2021-2023 w stosunku do 2020 r. wartość tych świadczeń systematycznie rosła (od 6,5% w przypadku świadczeń zabiegowych w chirurgii ogólnej - zakres skojarzony do 101% świadczenia zabiegowe w ortopedii i traumatologii narządu ruchu - zakres skojarzony). I tak w 2023 r. w stosunku do 2020 r. w przypadku:

- badania rezonansu magnetycznego - z 66,98 zł do 135,74 zł,
- badania tomografii komputerowej z 49,30 zł do 91,99 zł,
- świadczeń zabiegowych w ortopedii i traumatologii narządu ruchu - zakres skojarzony - z 4,38 zł do 13,67, pomimo zmniejszenia liczby świadczeń przypadających na jednego ubezpieczonego,
- świadczeń zabiegowych w chirurgii ogólnej - zakres skojarzony - z 7,77 zł do 17,56 zł, pomimo zmniejszenia liczby świadczeń przypadających na jednego ubezpieczonego,

⁴⁹ Świadczenie realizowane przez jednego świadczeniodawcę - Wojewódzką Stację Pogotowia Ratunkowego z siedzibą w Olsztynie.

⁵⁰ W powiecie oleckim nie realizowane świadczeń z zakresu PRO.

⁵¹ Badaniem objęto pięć zakresów w rodzaju AOS o najwyższej wartości, tj. badania rezonansu magnetycznego (RM), kod zakresu 02.7250.072.02 w obszarze OLSZTYN 2862, badania tomografii komputerowej (TK) kod zakresu 02.7220.072.02 w obszarze OLSZTYN 2862, świadczenia zabiegowe w ortopedii i traumatologii narządu ruchu-zakres skojarzony kod zakresu 02.1580.101.02 w obszarze OLSZTYN 2862, świadczenia zabiegowe w chirurgii ogólnej - zakres skojarzony kod zakresu 02.1500.101.02 w obszarze OLSZTYN 2862 i świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii kod zakresu 02.1450.001.02 w obszarze OLSZTYN 2862011.

- świadczeń w zakresie położnictwa i ginekologii - z 27,24 zł do 55,06 zł.

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że na zwiększenie wartości zrealizowanych w 2023 r. świadczeń wpływ miało m.in.:

- bezlimitowe finansowanie w zakresach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztownych, co skutkowało koniecznością dostosowania wartości umów do liczby wykonanych świadczeń w podmiotach medycznych, a pacjenci mieli łatwiejszy dostęp do poradni i badań diagnostycznych,
- wzrost wyceny świadczeń,
- przesunięcie kosztów związanych z wynagrodzeniem personelu medycznego i niemedycznego do ceny świadczeń,
- zwiększenie dostępności poprzez zakontraktowanie świadczeń w nowej pracowni rezonansu magnetycznego w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcym w Olsztynie.

(akta kontroli str. 1196-1200, 3259-3263)

1.3.2. W poszczególnych latach okresu objętego kontrolą Oddział otrzymywał informacje o liczbie osób oczekujących i czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia od świadczeniodawców⁵² (odpowiednio od: 645, 627, 621, 620).

Analiza danych dotyczących 20 zakresów świadczeń (po pięć z rodzaju: AOS, SZP, REH i PSY), na które oczekiwała największa liczba osób w najdłuższym czasie wykazała, że:

W ramach AOS:

- najdłuższy czas oczekiwania⁵³ wystąpił w poradniach:
 - chorób metabolicznych i wyniósł⁵⁴ 566 dni w 2021 r., 502 dni w 2022 r. (spadek o 11,3% w stosunku do roku poprzedniego), 258 dni w 2023 r. (spadek o 48,6%) oraz 304 dni w 2024 r. (do 30 czerwca),
 - genetycznej dla dzieci i wyniósł 426 dni w 2021 r., 270 dni w 2022 r. (spadek o 36,6%), 212 dni w 2023 r. (spadek o 21,5%) oraz 210 dni w 2024 r. (do 30 czerwca),
 - okulistycznej dla dzieci i wyniósł 225 dni w 2021 r., 298 dni w 2022 r. (wzrost o 32,4%), 131 dni w 2023 r. (spadek o 56%) oraz 129 dni w 2024 r. (do 30 czerwca).
- największa liczba osób oczekujących wystąpiła w poradniach:
 - okulistycznej i wynosiła 12 358 osób w 2021 r., 13 914 osób w 2022 r. (wzrost o 12,6 %), 17 852 osób w 2023 r. (wzrost o 28,3%) oraz 19 295 osób w 2024 r. (30 czerwca),
 - neurologicznej i wynosiła 6 628 osób w 2021 r., 8 601 osób w 2022 r. (wzrost o 29,8%), 10 975 osób w 2023 r. (wzrost o 27,6%) oraz 12 130 osób w 2024 r. (do 30 czerwca).

W ramach SZP:

- najdłuższy czas oczekiwania wystąpił w zakresie:
 - operacji jaskry z zaćmą i wyniósł 463 dni w 2021 r., 185 dni w 2022 r. (spadek o 60% w stosunku do roku poprzedniego), 60 dni w 2023 r. (spadek o 67,6%) oraz 87 dni w 2024 r. (do 30 czerwca),

⁵² Podlegających sprawozdawczości XML i aplikacji Kolejki Centralne (AP-KOLCE).

⁵³ Średni rzeczywisty czas oczekiwania (w dniach).

⁵⁴ Wg stanu na 31 grudnia.

- endoprotezoplastyki stawu kolanowego i wyniósł 427 dni w 2021 r., 366 dni w 2022 r. (spadek o 14,3%), 278 dni w 2023 r. (spadek o 24%) oraz 279 dni w 2024 r. (do 30 czerwca),
- endoprotezoplastyki stawu biodrowego i wyniósł 334 dni w 2021 r., 283 dni w 2022 r. (spadek o 15,3%), 280 dni w 2023 r. (spadek o 1,1%) oraz 224 dni w 2024 r. (do 30 czerwca).
- największa liczba osób oczekujących wystąpiła na oddziałach:
 - neurochirurgicznym i wynosiła 2687 osób w 2021 r., 2760 osób w 2022 r. (wzrost o 2,7%), 2718 osób w 2023 r. (spadek o 1,5%) oraz 2 724 osób w 2024 r. (30 czerwca),
 - chirurgicznym ogólnym i wynosiła 2625 osób w 2021 r., 3322 osób w 2022 r. (wzrost o 26,6%), 3106 osób w 2023 r. (spadek o 6,5%) oraz 2889 osób w 2024 r. (do 30 czerwca).

W ramach REH:

- najdłuższy czas oczekiwania wystąpił w zakresie:
 - rehabilitacji neurologicznej w warunkach stacjonarnych i wyniósł 282 dni w 2021 r., 166 dni w 2022 r. (spadek o 41,1% w stosunku do roku poprzedniego), 203 dni w 2023 r. (wzrost o 22,3%) oraz 219 dni w 2024 r. (do 30 czerwca),
 - rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych i wyniósł 197 dni w 2021 r., 227 dni w 2022 r. (wzrost o 15,2%), 150 dni w 2023 r. (spadek o 33,9%) oraz 157 dni w 2024 r. (do 30 czerwca),
 - zakładu/ośrodka rehabilitacji leczniczej dziennej i wyniósł 150 dni w 2021 r., 139 dni w 2022 r. (spadek o 7,3%), 121 dni w 2023 r. (spadek o 12,9%) oraz 149 dni w 2024 r. (do 30 czerwca).
- największa liczba osób oczekujących wystąpiła w zakresie:
 - fizjoterapii ambulatoryjnej i wynosiła 14 550 osób w 2021 r., 18 791 osób w 2022 r. (wzrost o 29,1%), 22 068 osób w 2023 r. (wzrost o 17,4%) oraz 23 398 osób w 2024 r. (30 czerwca),
 - poradni rehabilitacyjnej i wynosiła 2770 osób w 2021 r., 3570 osób w 2022 r. (wzrost o 28,9%), 3 663 osób w 2023 r. (wzrost o 2,6%) oraz 4 520 osób w 2024 r. (do 30 czerwca).

W ramach PSY:

- najdłuższy czas oczekiwania wystąpił w:
 - poradni dla osób z autyzmem dziecięcym i wyniósł 117 dni w 2021 r., 209 dni w 2022 r. (wzrost o 78,6% w stosunku do roku poprzedniego), 224 dni w 2023 r. (wzrost o 7,2%) oraz 362 dni w 2024 r. (do 30 czerwca),
 - zakładzie/oddziale opiekuńczo-leczniczym psychiatrycznym i wyniósł 117 dni w 2021 r., 69 dni w 2022 r. (spadek o 41%), 90 dni w 2023 r. (wzrost o 30,4%) oraz 122 dni w 2024 r. (do 30 czerwca),
 - poradni psychologicznej i wyniósł 79 dni w 2021 r., 116 dni w 2022 r. (wzrost o 46,8%), 76 dni w 2023 r. (spadek o 34,5%) oraz 111 dni w 2024 r. (do 30 czerwca).
- największa liczba osób oczekujących wystąpiła w poradniach:

- zdrowia psychicznego i wynosiła 2909 osób w 2021 r., 3551 osób w 2022 r. (wzrost o 22,1%), 2447 osób w 2023 r. (spadek o 31,1%) oraz 2246 osób w 2024 r. (30 czerwca),
- psychologicznej dla dzieci i wynosiła 298 osób w 2021 r., 185 osób w 2022 r. (spadek o 37,9%), 298 osób w 2023 r. (wzrost o 61,1%) oraz 884 osób w 2024 r. (do 30 czerwca).

(akta kontroli str. 1364-1372)

Dyrektor wyjaśnił, że głównymi powodami rosnących kolejek i średniego czasu oczekiwania są: wzrost liczby pacjentów kontynuujących leczenie jak i wystawionych skierowań, a także wyczerpanie potencjału wykonawczego świadczeniodawców. O wyczerpaniu potencjału wykonawczego świadczeniodawców, jak wskazał Dyrektor, świadczyć może, że ogłaszane postępowania konkursowe i zawierane umowy nie zawsze powodują zmniejszenia liczby oczekujących i skrócenia średniego czasu oczekiwania. Dyrektor dodał, że w 11 z wymienionych zakresów liczba wizyt lub hospitalizacji wzrosła w 2023 r. w stosunku do 2021 r. od 4% do 46%. W okresie objętym kontrolą ogłoszono również 69 postępowań konkursowych w zakresach, w których wystąpiły długie kolejki oczekujących, w tym m.in.: okulistyki, ośrodka środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży - I poziom referencyjny, fizjoterapii ambulatoryjnej. W wyniku tych postępowań wybrano 14 świadczeniodawców. Zwiększyła się również wartość kontraktów w przedmiotowych zakresach.

(akta kontroli str. 3287-3294)

1.3.3. W okresie objętym kontrolą obowiązywały Wytyczne dla oddziałów wojewódzkich NFZ w zakresie monitorowania i weryfikowania czasów oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej, raportowania do Centrali NFZ oraz informowania świadczeniobiorców wpisanych na listy oczekujących i objętych planem leczenia u świadczeniodawcy, który zakończył wykonywanie umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej⁵⁵. W Wytycznych z 3 października 2023 r. wskazano, m. in. że:

- szczególną wagę należy przywiązać do terminowego wywiązywania się z obowiązków sprawozdawczych oraz informacji o pierwszym wolnym terminie,
- ze należy poddać weryfikacji świadczeniodawców, którzy w rodzaju AOS wykazywali pierwszy wolny termin udzielenia świadczenia za 36 miesięcy i więcej, a także świadczeniodawców, którzy trzykrotnie nie wywiązali się z obowiązku sporządzania miesięcznych sprawozdań w terminie wynikającym z przepisów prawa, tj. nie później niż w terminie dziesięciu dni od zakończenia miesiąca⁵⁶.

W okresie objętym kontrolą Oddział otrzymywał od części świadczeniodawców kompletne informacje o liczbie oczekujących i czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia. Liczba świadczeniodawców, którzy przekazali ww. informacje za grudzień lat 2021-2023 oraz czerwiec 2024 r. wynosiła: 484, 482, 512, 524, co stanowiło odpowiednio 79%, 82%, 89% oraz 91% świadczeniodawców zobligowanych do składania raportów. Po upływie terminu pracownik Oddziału informował, poprzez system SZOI⁵⁷, świadczeniodawców, którzy nie dopełnili tego obowiązku o konieczności złożenia raportów⁵⁸. Od 2024 r. pracownik ten zamieszczał

⁵⁵ Z 3 października 2023 r., znak: NFZ-DSOZ-WLO.5300.7.2023.304961.ABJ (dalej: Wytyczne z 3 października 2023 r.) oraz je poprzedzające z 15 listopada 2018 r., znak: DSS.5122.99.2018.2018.60919.JWA.

⁵⁶ §8 ust. 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz.610, ze zm.), dalej: rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r.

⁵⁷ System Zarządzania Obiegiem Informacji.

⁵⁸ Podlegających sprawozdawczości XML.

w systemie SZOI informacje przypominającą świadczeniodawcom o zbliżającym się terminie raportowania. Dokonywał tego od dwóch do trzech dni przed upływem terminu wynikającego z zapisów § 8 ust. 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r.

W Oddziale zgodnie z wytycznymi:

- Sporządzano kwartalne analizy danych z zakresu list oczekujących oraz analizy porównawcze.
- Weryfikowano świadczeniodawców, którzy w rodzaju AOS wykazywali pierwszy wolny termin udzielenia świadczenia powyżej 36 miesięcy. Wg. tej weryfikacji w 2023 r. terminy takie wykazało dwóch świadczeniodawców, a w 2024 r. (I półrocze) – sześciu. W czterech przypadkach wynikało to z błędnie wypełnionego raportu i zostało w tym samym lub następnym dniu skorygowane. W czterech przypadkach świadczeniodawcy złożyli wyjaśnienia w zakresie przyczyn odległych pierwszych terminów udzielenia świadczeń zdrowotnych.

Weryfikowano świadczeniodawców, którzy trzykrotnie nie wywiązali się z obowiązku sprawozdawczego w terminie. W 2023 r. wystąpiło 26 takich przypadków, a w 2024 r. (I półrocze) – 37. Analiza 10 przypadków wykazała, że za każdym razem umieszczano w systemie SZOI informację skierowaną do świadczeniodawców o zaistniałych brakach. W wyniku tych działań osiem podmiotów, złożyło wszystkie zaległe raporty, jeden podmiot złożył dwa z trzech zaległych raportów, a drugi tego nie dokonał.

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że w Oddziale wdrożono system powiadamiania świadczeniodawców, którzy nie złożyli raportu z list oczekujących – poprzez system SZOI. Jeżeli jednak świadczeniodawca uporczywie nie przesyłał raportów, wówczas wykorzystywano komunikację telefoniczną lub wysłano pismo do świadczeniodawcy. Wskazał, że pomimo ww. środków nieliczne podmioty nie przesyłały raportów. Jak zaznaczył Dyrektor odsetek podmiotów, w przypadku których nie wyegzekwowano złożenia raportu był nieznaczny.

W latach objętych kontrolą Oddział trzy razy zgłaszał do Centrali NFZ ujęcie w planach kontroli zagadnień dotyczących list oczekujących na udzielenie świadczeń. W dwóch przypadkach dotyczyło to planu kontroli na 2021 r., a w jednym na 2024 r. Oddział nie posiadał informacji zwrotnej z Departamentu Kontroli Centrali NFZ o uwzględnieniu propozycji w planach.

Oddział w ramach akcji profilaktyki zdrowotnej uczestniczył w spotkaniach z organizacjami pozarządowymi, spotkaniach z seniorami oraz pracownikami i klientami różnych instytucji (m.in. KRUS, ZUS). W ramach tych spotkań poruszano kwestie praw i obowiązków pacjenta, w tym konieczności odwoływania wizyt u lekarza. W 2021 r. przeprowadzono jedno takie przedsięwzięcie, w którym wzięło udział 25 uczestników, w 2022 r. przeprowadzono 12 spotkań, w których wzięło udział około 853 uczestników, w 2023 r. – pięć spotkań dla około 330 osób, w 2024 r. – 15 spotkań dla 675 osób.

Dodatkowo informacje dotyczące konieczności odwoływania wizyt, Oddział przekazywał za pośrednictwem mediów, w tym m.in. Gazety Olsztyńskiej, Radia Olsztyn, Meloradia, TVP3 Olsztyn, TVP Info, Expressu Elbląg. W 2023 r. przekazano 10 takich informacji, a w 2024 r. (I półrocze) – pięć.

(akta kontroli str. 1373-1800, 3295-3304)

1.3.4. W latach 2021-2024 (do 30 czerwca) do OW NFZ wpłynęło od świadczeniodawców 22 467 powiadomień⁵⁹ o planowanej przerwie w udzielaniu

⁵⁹ Świadczeniodawcy złożyli, wg stanu na 31 grudnia okresu 2021-2023 i na 30 czerwca 2024 r. odpowiednio: 4635, 5981, 8644 i 3186 powiadomień o planowanej przerwie w udzielaniu świadczeń.

świadczeń⁶⁰, spośród których 21 547 rozpatrzono pozytywnie. Do 9 października 2022 r. powiadomienia składano w formie papierowej, a od tego dnia - w systemie SZOI⁶¹, poprzez który następowała wymiana danych pomiędzy OW NFZ a podmiotem leczniczym, które następnie przekazywane były do systemu KS-SIKCH⁶².

Dostęp do KS-SIKCH w zakresie przerw w udzielaniu świadczeń⁶³ posiadało 172 pracowników Oddziału, natomiast od 9 maja 2024 r. do 30 czerwca 2024 r. - 61 osób. Analiza danych o powiadomieniach o czasowym zawieszeniu działalności⁶⁴, złożonych przez 81 świadczeniodawców wykazała, że:

- wszystkie zawierały informacje o sposobie zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń w czasie przerwy⁶⁵.
- W każdym przypadku weryfikowano, czy podmiot wskazany jako podmiot zastępujący ma umowę zawartą z OW NFZ w zakresie, w którym zgłoszona została przerwa w udzielaniu świadczeń.
- Weryfikacja rachunków o płatność przedstawianych przez świadczeniobiorców odbywała się w systemie informatycznym KS-SIKCH, nie stwierdzono przypadków zapłaty za świadczenia udzielone przez świadczeniodawców w okresie zgłoszonej przez nich przerwy.
- W 40 przypadkach (49,4% zbadanych) akceptacji powiadomień o planowanej przerwie w udzielaniu świadczeń dokonali pracownicy posiadający pełnomocnictwa do akceptowania w imieniu Dyrektora NFZ wniosków świadczeniodawców o planowanej przerwie w udzielaniu świadczeń. W pozostałych 41 przypadkach czynności tej dokonywały osoby, które na dzień zatwierdzenia powiadomienia nie posiadały takiego pełnomocnictwa, co zostało opisane w sekcji Stwierdzone nieprawidłowości w pkt 4.
- Akceptacji powiadomień o planowanej przerwie dokonywano w systemie KS-SIKCH, po uprzedniej weryfikacji spełnienia warunku zgłoszenia przerwy na 30 dni przed jej zaistnieniem, okresu przerwy w udzielaniu świadczeń oraz konieczności wskazania odpowiedniego podmiotu zastępującego.
- Przerwa w udzielaniu świadczeń w każdym ze zbadanych przypadków została zaakceptowana w terminie maksymalnie 14 dni od dnia otrzymania powiadomienia, a w przypadku świadczeń AOS – w terminie ośmiu dni.
- Nie wszczynano kontroli u świadczeniodawców zgłaszających przerwy w udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

(akta kontroli str. 1201-1350)

W OW NFZ nie opracowano procedur akceptacji zgłoszeń o planowanej przerwie w udzielaniu świadczeń.

Dyrektor OW NFZ wyjaśnił, że Oddział rozpatruje wnioski złożone przez świadczeniodawców o przerwy w udzielaniu świadczeń wyłącznie w oparciu i na zasadach określonych w § 9 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁶⁶.

W trakcie trwania czynności kontrolnych, tj. 7 listopada 2024 r., opracowano Procedury rozpatrywania wniosków świadczeniodawcy zgłaszającego przerwę w

⁶⁰ W tym 8890 w formie papierowej i 13 577 w formie elektronicznej, poprzez system SZOI.

⁶¹ Komunikat OW NFZ nr 443365 z dnia 7 października 2022 r.

⁶² Zintegrowany System Informatyczny Obsługi Ubezpieczyciela.

⁶³ W okresie od 28 lutego 2022 r. do 5 maja 2024 r.

⁶⁴ Badaniem objęto łącznie 80 powiadomień dotyczących przerw w udzielaniu świadczeń, dobranych w sposób losowy, po 20 z każdego roku objętego kontrolą oraz jedno powiadomienie wynikające ze skargi.

⁶⁵ Nie dotyczy AOS.

⁶⁶ Dz. U. z 2023 r. poz. 1194, ze zm., dalej: rozporządzenie ws. OWU.

udzielaniu świadczeń, w których określono sposób postępowania z wnioskami świadczeniodawców o planowanej przerwie.

(akta kontroli str. 1351, 3270-3280)

W okresie objętym kontrolą do Oddziału wpłynęły 1062 skargi⁶⁷, w tym sześć⁶⁸ dotyczyło ograniczenia lub braku dostępu do świadczeń zdrowotnych w związku z przerwą w udzielaniu tych świadczeń.

Analiza dokumentacji ww. sześciu skarg wykazała, że:

- wszystkie były zasadne, a Oddział podjął niezbędne działania w celu wyjaśnienia przyczyny nieudzielenia świadczeń zdrowotnych,
- nie wystąpiły przypadki zmniejszania wartości umowy za świadczenia nieudzielone,
- nie przekazano dokumentacji tych skarg dotyczącej skarg i ich rozstrzygnięcia pracownikom dokonującym rozliczeń realizacji umów o świadczenie usług zdrowotnych.

Trzy spośród ww. sześciu skarg złożono na jednego świadczeniodawcę⁶⁹.

Dyrektor OW NFZ wyjaśnił, Spółdzielnia Pracy Lekarzy Specjalistów „Zdrowie” Niepubliczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Olsztynie jako jedyny realizuje obecnie świadczenia w zakresie świadczenia stomatologicznej pomocy doraźnej. Świadczeniodawca zgłaszał problemy kadrowe w obsadzeniu dyżurów, które nasiliły się wraz z początkiem pandemii COVID-19.

W latach 2021-2024 (do końca czerwca) ww. świadczeniodawca zgłosił łącznie 66 przerw w udzielaniu świadczeń zdrowotnych, odpowiednio 19 w 2021 r., 20 w 2022 r., 24 w 2023 r. i 3 do końca czerwca 2024 r.

Dyrektor OW wyjaśnił, że świadczeniodawca otrzymywał informację o konieczności przekazania do wiadomości Oddziału, jakie czynności podejmuje w celu zachowania ciągłości udzielania świadczeń. Oddział wskazywał na konieczność dołożenie większych starań w celu zabezpieczenia dyżurów. Decyzja Oddziału wiązała się ze zrozumieniem problemów występujących w realizacji umowy w związku z trwającą pandemią. Natomiast w ramach kontroli prawidłowości realizacji umowy Oddział:

- dokonywał weryfikacji raportów pod względem zgodności udzielania świadczeń z zadeklarowanym harmonogramem pracy. Świadczeniodawca otrzymywał w raportach zwrotnych błąd o statusie „ostrzeżenie” dotyczącym realizowania świadczeń niezgodnie z zadeklarowanym harmonogramem;
- rozważał nałożenie kary umownej za nieudzielanie świadczeń w czasie ustalonym w piśmie DKS-SLA.425.3.333.2022 z dnia 27 września 2022 r. Świadczeniodawca poinformował, że podejmuje wszelkie starania, aby zapewnić ciągłość udzielania świadczeń. W związku z powyższym Oddział odstąpił od nałożenia kary;
- ze względu na nieefektywne wcześniejsze działania, od czerwca 2023 r. nie wypłacał świadczeniodawcy ryczałtu za niezrealizowane dyżury⁷⁰.

(akta kontroli str.1352-1363, 3270-3280)

⁶⁷ Odpowiednio 336 w 2021 r., 303 w 2022 r., 293 w 2023 r. i 130 do końca czerwca 2024 r.

⁶⁸ Po jednej w 2021 r., 2022 r. i do końca czerwca 2024 r. oraz trzy w 2023 r.

⁶⁹ Spółdzielnia Pracy Lekarzy Specjalistów „Zdrowie” Niepubliczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Olsztynie

⁷⁰ Pismo znak: - NFZ14-DKS-SLA.4160.36.2023 z dnia 13 czerwca 2023 r., wniosek zmniejszający poziom finansowania z dnia 12 czerwca 2023 r. o kwotę 21 437,78 zł, NFZ14-DKS-SLA.4160.63.2023 z dnia 13 lipca 2023 r., wniosek zmniejszający poziom finansowania z dnia 14 lipca 2023 r. o kwotę 11 704,10 zł, NFZ14-DKS-SLA.4160.127.2023 z dnia 20 grudnia 2023 r. wniosek zmniejszający poziom finansowania z dnia 20 grudnia 2023 r. o kwotę 9 363,28 zł i NFZ14-DKS-SLA.4160.37.2024 z dnia 23 kwietnia 2024 r. wniosek zmniejszający poziom finansowania z dnia 23 kwietnia 2024 r. o kwotę 5 000,00 zł.

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

1. W OW NFZ w 2024 r. (do 6 listopada) nie podjęto działań zmierzających do przeprowadzenia postępowań na wyłonienie podmiotów medycznych, które umożliwiłyby świadczenie usług zdrowotnych w rodzaju AOS i STM od 1 stycznia 2025 r., tj. bezpośrednio po zakończeniu okresu obowiązywania 20 umów⁷¹, w tym 11⁷² przedłużanych (w trybie art. 18 ust. 2 ustawy o zwalczaniu COVID-19) oraz 9⁷³ (na podstawie art. 156 ust. 1a ustawy o świadczeniach). Wystąpiono natomiast w dniach 11 i 14 października 2024 r. do świadczeniodawców z wnioskiem o kolejne przedłużenie ww. umów (w trybie art. 156 ust. 1a ww. ustawy) do 30 czerwca 2025 r. Takie postępowanie OW NFZ w odniesieniu do zabezpieczenia usług zdrowotnych we wskazanych ww. przypadkach nie było rzetelne. Zgodnie bowiem z:

- art. 18 ust. 2 ustawy o przeciwdziałaniu i zwalczaniu COVID-19 – umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wygasające w trakcie stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii mogą zostać przedłużone, w celu zapewnienia ciągłości i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, za zgodą stron danej umowy na okres niezbędny do przeprowadzenia, po odwołaniu stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, konkursu ofert lub rokowań, o których mowa w art. 139 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- art. 156 ust. 1e ustawy o świadczeniach należy niezwłocznie przeprowadzić postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie świadczeń objętych umową, której okres obowiązywania został przedłużony na podstawie ust. 1a i 1b, w przypadku gdy takie postępowanie nie zostało wszczęte albo zakończone;
- wyjaśnieniami Dyrektora Oddziału na przeprowadzenie postępowania konkursowego dotyczące całego rodzaju świadczenia, OW NFZ potrzebuje od 5 do 6 miesięcy.

Dyrektor OW NFZ w Olsztynie wyjaśnił, że Oddział w październiku 2024 r. podjął działania w celu przeprowadzanie postępowań konkursowych w rodzaju AOS i STM planując ich przeprowadzenie w I półroczu 2025 r., co zostało ujęte w planie zakupu świadczeń na 2025 r. Wskazał również, że biorąc pod uwagę termin akceptacji planu zakupu świadczeń na 2025 r. (16 grudnia 2024 r.) oraz wymagany czas na przeprowadzenie postępowań konkursowych – min. 90 dni i min. 21 dni na procedurę odwoławczą od rozstrzygnięcia, przy szacowaniu, że wpłynie 800 ofert w AOS oraz 450 ofert w STM, wszczęcie postępowań w roku bieżącym wiązałoby się z brakiem zabezpieczenia świadczeń w rodzajach AOS oraz STM od 1 stycznia 2025 r. Podał też, że zachodziło ryzyko braku zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej we wskazanych w pytaniu rodzajach, w związku z tym umowy zostały przedłużone na podstawie art. 156 ust. 1a ustawy o świadczeniach.

(akta kontroli str. 1801-1808, 3213-3258, 3337-3358)

2. W przypadku 12 postępowań (3,5% badanych) w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej prowadzonych w formie konkursu lub

⁷¹ Okres ich obowiązywania kończył się 31 grudnia 2024 r.

⁷² Umowy nr: 14-00-00364-21/001/02/01/AOS, 14-00-00576-21/003/02/01/AOS, 14-00-02013-21/002/02/01/AOS, 14-00-03757-21/004/02/02/AOS, 14-00-00719-22/003/02/01/AOS, 14-00-02200-22/004/02/01/AOS, 14-00-05064-22/002/02/01/AOS, 14-00-03757-22/002/02/02/AOS, 14-00-00480-22/005/02/01/AOS, 14-00-00480-23/001/02/01/AOS oraz 14-00-05024-21/001/07/STM – wszystkie umowy przedłużono na okres kilkunastu miesięcy do 31.12.2024 r.

⁷³ Umowy nr: 14-00-00823-23/002/02/02/AOS, 14-00-05122-23/001/02/02/AOS, 14-00-00158-23/005/02/01/AOS, 14-00-00774-23/004/02/01/AOS, 14-00-03772-23/006/02/01/AOS, 14-00-05125-23/003/02/01/AOS, 14-00-05158-23/002/02/01/AOS, 14-00-00924-23/007/02/01/AOS oraz 14-00-05181-23/001/07/STM – wszystkie ww. umowy zostały przedłużone na okres od 1 lipca do 31 grudnia 2024 r.

rokowań, nie wywiązano się z obowiązku wynikającego z § 3 ust. 5 rozporządzenia w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu. Zgodnie z tym przepisem informację o ogłoszeniu o postępowaniu przesyła się równocześnie z zamieszczeniem ogłoszenia o postępowaniu, do właściwych, ze względu na miejsce udzielania świadczeń, okręgowych izb lekarskich i okręgowych izb pielęgniarek i położnych oraz do Krajowej Izby Fizjoterapeutów w celu opublikowania na stronie internetowej lub zamieszczenia na tablicy ogłoszeń. Stwierdzono natomiast, że w przypadku jednego postępowania⁷⁴, informacji o ogłoszeniu postępowania nie przesłano do ww. jednostek (stan na 17 września 2024 r.), zaś w pozostałych 11 przypadkach⁷⁵ informacje przekazano z opóźnieniem od 1 do 12 dni od dnia ogłoszenia o postępowaniu.

Dyrektor OW NFZ wyjaśnił m.in., że niedochowanie terminów wynikało z przeoczenia z uwagi na liczne obowiązki. Niewysłanie jednej informacji o ogłoszonym postępowaniu wyjaśnił, tym że postępowanie, którego ogłoszenie dotyczyło prowadzone było w 2021 roku, kiedy praca w znacznej części wykonywana była w trybie zdalnym. Wysyłki informacji o ogłoszeniu postępowań konkursowych najprawdopodobniej odbyły się mailowo (nie zaewidencjonowano wysyłki) lub w korespondencji zbiorczej, czego OW NFZ nie był w stanie ustalić, gdyż przewodnicząca komisji konkursowych w rodzaju Rehabilitacji Leczniczej nie jest już pracownikiem Oddziału.

(akta kontroli str. 2015-2045, 3213-3258)

3. Według stanu na 30 sierpnia 2024 r. Oddział nie przekazał do Urzędu Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich ogłoszeń (wymaganych art. 151 ust. 6 ustawy o świadczeniach) o wyniku rozstrzygnięcia sześciu postępowań⁷⁶, po przeprowadzeniu których zawarto umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej o wartościach przekraczających wyrażoną w złotych równowartość kwoty 130 000 euro według średniego kursu euro ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski w dniu rozstrzygnięcia postępowania.

Dyrektor OW NFZ wyjaśnił m.in., że wysyłka informacji o ogłoszonych postępowaniach do Urzędu Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich została przeoczona z uwagi na liczne obowiązki. Nadmieniał również, że zostało to skorygowane i ogłoszenia zostały przekazane na ww. platformę w dniach 5, 6 oraz 16 września 2024 r. (w toku kontroli NIK).

(akta kontroli str. 2104-2015, 3213-3258)

4. W latach 2021-2022 w 41 przypadkach (50,6% zbadanych) powiadomienia o planowanej przerwie w udzielaniu świadczeń zostały zaakceptowane przez dziewięciu pracowników Oddziału⁷⁷, którzy w dniu dokonywania tej czynności nie posiadali pisemnego pełnomocnictwa z którego wynikałoby, że zostali upoważnieni przez Dyrektora OW NFZ do dokonania takiej czynności w jego imieniu⁷⁸. Zgodnie

⁷⁴ 14-21-000108/AOS/02/1/02.1340.001.02/01

⁷⁵ 14-21-000008/PSY/04/1/04.9901.400.03/01, 14-21-000030/REH/05/1/05.2300.021.02/03, 14-22-000075/REH/05/1/05.4300.300.02/01, 14-22-000148/AOS/02/3/02.7250.72.02/01, 14-22-000193/AOS/02/1/02.1450.001.02/01, 14-23-000114/OPH/15/1/15.4180.021.02/01, 14-23-000133/PSY/04/1/04.4712.021.02/01, 14-23-000248/REH/05/1/05/4300/300.02/01, 14-24-000007/PSY/04/1/04.9902.400.03/01, 14-24-000125/REH/05/1/05.4300.300.02/03, 14-24-000130/PSY/04/1/04.4700.021.02/01, 14-24-000125/REH/05/1/05.4300.300.02/0301 – data zawarcia umowy 10 czerwca 2024 r.

⁷⁶ Postępowania nr :14-22-00075/REH/05/1/05.4300.300.02/01 – data zawarcia umowy 7 lutego 2022 r., 14-23-000133/PSY/04/1/04.4712.021.02/01 – data zawarcia umowy 3 kwietnia 2023 r., 14-23-000248/REH/05/1/05/4300/300.02/01 – data zawarcia umowy 24 kwietnia 2023 r., 14-24-000007/PSY/04/1/04.9902.400.03/01 – data zawarcia aneksu do umowy 28 grudnia 2023 r., 14-24-000130/PSY/04/1/04.4700.021.02/01 – data zawarcia aneksu do umowy 28 czerwca 2024 r. i 14-24-000125/REH/05/1/05.4300.300.02/0301 – data zawarcia umowy 10 czerwca 2024 r.

⁷⁷ Łącznie 13 pracowników posiadało pełnomocnictwa do wyrażania zgody na przerwę w udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

⁷⁸ Pracownicy: M.B. posiadający pełnomocnictwo od 13 października 2022 r. zaakceptował 29 sierpnia 2022 r. powiadomienie o przerwie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych; A.B. - pełnomocnictwo od 12 października 2022 r., zaakceptowała 1 kwietnia 2022 r. jedno powiadomienie; W.C. - pełnomocnictwo od 30 grudnia 2022 r. zaakceptował powiadomienia złożone przez

bowiem z § 9 ust. 3 rozporządzenia w sprawie OWU, osobą uprawnioną do udzielenia zgody na przerwę w udzielaniu świadczeń jest Prezes Funduszu albo dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu.

Dyrektor OW NFZ wyjaśnił, że pracownicy realizowali te czynności na podstawie zakresów obowiązków, które są konkretyzacją umówionego rodzaju pracy i stanowią zbiorcze polecenie pracodawcy i jednocześnie upoważnienie do dokonywania określonych czynności nieleżących w sprzeczności z rodzajem umówionej pracy.

(akta kontroli str.1226-1350, 3264-3269)

NIK nie podziela wyjaśnień Dyrektora NFZ, bowiem z żadnego zakresu czynności tych pracowników nie wynikało uprawnienie do wyrażenia w imieniu Dyrektora OW NFZ zgody na przerwę w udzielaniu świadczeń. Postanowienia § 9 ust. 3 rozporządzenia w sprawie OWU stanowią, że osobą umocowaną do wyrażenia takiej zgody, jest Prezes Funduszu albo dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu. W takiej sytuacji pracownik powinien zostać w formie pisemnej upoważniony do wyrażania w imieniu Dyrektora OW NFZ zgody na przerwę w udzielaniu świadczeń, jak miało to miejsce w pozostałych 40 przypadkach objętych badaniem. We wskazanym wyżej przepisie jednoznacznie wskazano bowiem, że wyrażenie zgody na taką przerwę należy m.in. do kompetencji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu.

OCENA CZĄSTKOWA

W okresie objętym kontrolą w Oddziale rzetelnie rozpoznano potrzeby zdrowotne osób uprawnionych do świadczeń zdrowotnych na obszarze województwa warmińsko-mazurskiego. Planowano zakup świadczeń do wartości ujętych w planach finansowych, uwzględniając m.in. wskaźniki zabezpieczenia świadczeń oraz dostępność świadczeniodawców na danych obszarach. Przy szacowaniu potrzeb zdrowotnych ludności współpracowano z organami jednostek samorządowych, analizowano sytuację demograficzną, zdrowotną i epidemiologiczną populacji zamieszkującej województwo, a także raporty konsultantów wojewódzkich z poszczególnych dziedzin medycznych.

Zapewniono także udzielanie świadczeń zdrowotnych dla mieszkańców obszarów, na których świadczeniodawcy czasowo zaprzestali udzielania świadczeń.

Nie w pełni rzetelnie realizowano natomiast czynności związane z wyrażeniem zgody na przerwę w udzielaniu świadczeń. W 40 przypadkach takiej zgody w imieniu dyrektora Oddziału udzielili pracownicy posiadający pełnomocnictwo, zaś w pozostałych 41 przypadkach (50,6% zbadanych przypadków) pracownicy, którzy na dzień akceptacji wniosku świadczeniodawcy nie posiadali takiego pełnomocnictwa.

Pomimo podejmowanych przez Oddział działań, w tym ogłaszania postępowań konkursowych, a w następstwie zawierania umów ze świadczeniodawcami, nie we wszystkich badanych zakresach świadczeń zmniejszyła się liczba osób oczekujących na udzielenie świadczeń oraz czas oczekiwania. W Oddziale analizowano dane dotyczące liczby oczekujących i czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń podawane przez podmioty lecznicze. Przyjęta przez Oddział od 2024 r. praktyka

11 świadczeniodawców – akceptacja dnia: 6 grudnia 2021 r., 30 czerwca 2021 r., 21 lutego 2022 r., 9 marca 2022 r., 13 maja 2022 r., 30 maja 2022 r., 7 czerwca 2022 r., 2 czerwca 2022 r., 23 czerwca 2022 r., 23 listopada 2022 r. i 10 czerwca 2022 r.; M.C. - pełnomocnictwo od 11 października 2022 r., zaakceptowała powiadomienia złożone przez sześciu świadczeniodawców – akceptacja dnia: 16 kwietnia 2021 r., 5 lutego 2021 r., 26 maja 2021 r., 16 kwietnia 2021 r., 16 lipca 2021 r. i 14 czerwca 2021 r.; K.K. - pełnomocnictwo od 30 grudnia 2022 r., zaakceptowała 14 lipca 2021 r. jedno powiadomienie; B.L. - pełnomocnictwo od 10 października 2022 r., zaakceptowała powiadomienia złożone przez ośmiu świadczeniodawców - akceptacja dnia: 29 września 2022 r., 30 września 2022 r., 30 września 2022 r., 30 września 2022 r., 16 sierpnia 2022 r., 11 sierpnia 2022 r., 10 sierpnia 2022 r. i 11 sierpnia 2022 r.; A.L. - pełnomocnictwo od 28 października 2022 r., zaakceptował powiadomienia złożone przez trzech świadczeniodawców – akceptacja dnia 22 listopada 2021 r., 17 lutego 2021 r. i 25 stycznia 2021 r.; J.S. - pełnomocnictwo od 10 października 2022 r., zaakceptowała 20 stycznia 2022 r. jedno powiadomienie; B.T. - pełnomocnictwo od 30 grudnia 2022 r., zaakceptowała powiadomienia złożone przez ośmiu świadczeniodawców – akceptacja dnia: 23 marca 2021 r., 20 maja 2021 r., 21 kwietnia 2021 r., 25 czerwca 2021 r., 17 lutego 2021 r., 13 lipca 2021 r., 3 sierpnia 2021 r. i 20 maja 2021 r.

przypomnienia o zbliżającym się terminie przesyłania raportów, spowodowała zwiększenie liczby raportów złożonych w terminie.

OBSZAR

2. Wykonanie planu finansowego, w tym kosztów świadczeń opieki zdrowotnej

Opis stanu faktycznego

2.1. W okresie objętym kontrolą w Oddziale sporządzano projekty planów finansowych na lata 2021-2024, z uwzględnieniem wytycznych Centrali NFZ, które dotyczyły w szczególności:

- zachowania niezmiennej struktury rodzajowej planowanych kosztów świadczeń zdrowotnych oraz utrzymania dotychczasowych zasad kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej;
- zabezpieczenia środków na rezerwę obejmującą koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych;
- założeń w poszczególnych rodzajach świadczeń, w tym m.in. w POZ - wzrost finansowania nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej oraz zwiększone finansowanie świadczeń związanych z opieką nad chorobami przewlekłymi układu krążenia, cukrzycą i tarczycą, regulacje w zakresie refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego; w AOS - skutki bezlimitowego charakteru szeregu świadczeń w zakresie diagnostyki (np. tomografu komputerowego i rezonansu magnetycznego), zabiegów okulistycznych (operacje zaćmy) oraz wydawane na poszczególne lata obwieszczenia Prezesa AOTMiT określające taryfy świadczeń podlegające implementacji przez NFZ.

W projektach planów finansowych na lata 2021-2024 w części dotyczącej oszacowania kosztów poszczególnych rodzajów świadczeń, Oddział uwzględnił m.in.:

- wartość rzeczywistego wykonania świadczeń w roku poprzednim oraz nieopłaconych świadczeń w latach ubiegłych,
- dostępność do świadczeń w poszczególnych powiatach lub gminach oraz migrację pacjentów w województwie oraz poza obszar województwa,
- kolejkę oczekujących,
- strukturę realizacji świadczeń pilnych i ratujących życie,
- populację z list aktywnych lekarza P,
- wartość stawek kapitacyjnych, wskaźników korygujących, porad i ryczałtów,
- dane dotyczące liczby ubezpieczonych w poszczególnych gminach województwa warmińsko-mazurskiego, wg wieku (w tym w wieku 65 i więcej lat⁷⁹) oraz płci⁸⁰.

Dyrektor Oddziału w zakresie ustalania oczekiwanej ceny za jednostki rozliczeniowe świadczeń zdrowotnych w poszczególnych rodzajach i zakresach świadczeń podał, m.in., że do II półrocza 2022 r. ceny ustalano w oparciu o analizy cen w oddziałach wojewódzkich NFZ oraz ceny średnie. Natomiast od II półrocza 2022 r. ceny świadczeń zdrowotnych ustala Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (dalej: AOTMiT).

W latach 2020-2023 Dyrektor Oddziału terminowo⁸¹ przekazywał Prezesowi NFZ projekty planów finansowych Oddziału na lata 2021-2024 wraz z uzasadnieniem i uchwałami⁸² w sprawie zaopiniowania projektów planów finansowych. Rada

⁷⁹ Na 31 marca 2020 r. liczba ubezpieczonych 65 i więcej lat wynosiła – 250 030 osób, na 31 marca 2021 r. – 255 367 osób, na 31 marca 2022 r. – 261 562 osób, a na 31 marca 2023 r. – 269 624 osób.

⁸⁰ Dane z Centralnego Wykazu Ubezpieczonych (dalej: CWU), które generowano na każdy rok objęty sporządzeniem projektu planu, wg stanu na 31 marca roku poprzedniego.

⁸¹ Projekt planu finansowego na 2021 r. przekazano 24 czerwca 2020 r., zaś na lata 2022-2024 – 23 czerwca lat 2021-2023.

⁸² Tj. Uchwały Nr: 3/2020 z 24 czerwca 2020 r., 6/2021 z 22 czerwca 2021 r., 2/2022 z 23 czerwca 2022 r., 2/2023 z 23 czerwca 2023 r.

Oddziału co roku, pomimo pozytywnego zaopiniowania projektów planów finansowych, w uzasadnieniach uchwał zgłaszała zastrzeżenia dotyczące niewystarczającego poziomu zaplanowanych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej albo kosztów wynagrodzeń pracowników Oddziału. W celu zabezpieczenia potrzeb Oddziału na dany rok, Rada wnioskowała o zwiększenie poziomu zaplanowanych kosztów:

- świadczeń opieki zdrowotnej w wysokości:
 - 3 509 096 tys. zł w 2021 r. o kwotę około 51 130 tys. zł,
 - 2 249 329 tys. zł w 2022 r. o około 150 000 tys. zł,
 - 3 859 167 tys. zł w 2024 r. o około 323 000 tys. zł,
- wynagrodzeń pracowników Oddziału w kwocie 15 624 tys. zł w 2023 r. o szacowaną przez GUS inflację na poziomie około 14%.

Oddział, po przekazaniu projektów planów finansowych, otrzymał zatwierdzone odpowiednio 30 września 2020 r., 30 lipca 2021 r. 26 lipca 2022 r. oraz 29 września 2023 r. przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów plany finansowe na lata 2021-2024. Koszty Oddziału w planie finansowym na:

- 2021 r. wyniosły ogółem 2 297 317 tys. zł i były o 1 382 814 tys. zł (o 37,6%) niższe od ujętych w projekcie planu⁸³, a największa zmiana dotyczyła zmniejszenia kwoty kosztów świadczeń opieki zdrowotnej o 1 385 273 tys. zł (o 39,5%)⁸⁴;
- 2022 r. – 2 495 356 tys. zł i były o 71 019 tys. zł (o 2,9%) wyższe od ujętych w projekcie planu⁸⁵, a zmiana ta dotyczyła świadczeń opieki zdrowotnej.⁸⁶
- 2023 r. – 3 637 070 tys. zł i były o 1 044 tys. zł (o 0,03%) wyższe od ujętych w projekcie planu⁸⁷, a zmiana dotyczyła kosztów administracyjnych⁸⁸,
- 2024 r. – 3 893 155 tys. zł i były o 269 tys. zł (o 0,007%) wyższe od ujętych w projekcie planu⁸⁹, a zmiana dotyczyła kosztów świadczeń opieki zdrowotnej⁹⁰ o 269 tys. zł.

Dyrektor Oddziału wyjaśnił m.in., że zmniejszenie kosztów w planie finansowym na 2021 r. w stosunku do ujętych w projekcie wynikało ze zmiany zasad finansowania. Część kosztów świadczeń zdrowotnych, tj. programy pilotażowe, ryczałt PSZ w leczeniu szpitalnym, leczenie uzdrowiskowe oraz wzrost kosztów wynagrodzeń ujęto w planie finansowym Centrali NFZ. Odnośnie nieuwzględnienia w pierwotnych planach finansowych Oddziału na 2022 r. i 2024 r. wnioskowanych zwiększeń zgłaszanych przez Radę Dyrektor Oddziału podał, że skutkowało to brakiem możliwości zakontraktowania świadczeń zgodnie z założeniami Centrali Funduszu, co miało wpływ na ograniczenie dostępności do świadczeń planowanych.

Według sprawozdań finansowych Oddziału:

- stan środków pieniężnych na początek 2021 r. wyniósł 98 tys. zł natomiast na koniec: 2021 r. – 54 162,9 tys. zł, 2022 r. – 26,3 tys. zł, 2023 r. – 56,3 tys. zł, 2024 r. (I półrocze) – 329,8 tys. zł,
- stan należności krótkoterminowych (długoterminowe nie występowały) na początek 2021 r. wyniósł 497 656,1 tys. zł⁹¹ natomiast na koniec: 2021 r. –

⁸³ Projekt planu finansowego na 2021 r. wynosił ogółem 3 680 131 tys. zł.

⁸⁴ Z kwoty 3 509 096 tys. zł na kwotę 2 123 823 tys. zł.

⁸⁵ Projekt planu finansowego na 2022 r. wynosił ogółem 2 424 337 tys. zł.

⁸⁶ Z kwoty 2 249 329 tys. zł na kwotę 2 320 348 tys. zł, tj. o 3,2%.

⁸⁷ Projekt planu finansowego na 2023 r. wynosił ogółem 3 636 026 tys. zł.

⁸⁸ Z kwoty 26 915 tys. zł na kwotę 27 959 tys. zł, tj. o 3,9%.

⁸⁹ Projekt planu finansowego na 2024 r. wynosił ogółem 3 892 886 tys. zł.

⁹⁰ Z kwoty 3 822 945 tys. zł na kwotę 3 823 214 tys. zł, tj. o 0,007%

⁹¹ W tym należności od świadczeniodawców usług zdrowotnych – 264 747,8 tys. zł.

716 000 tys. zł⁹², 2022 r. – 989 305,4 tys. zł⁹³, 2023 r. – 350 485,4 tys. zł⁹⁴, 2024 r. (I półrocze) – 644 777,1 tys. zł⁹⁵,

- wykonanie przychodów za: 2021 r. wyniosło 3 373 585,6 tys. zł⁹⁶, 2022 r. – 3 568 328,5 tys. zł⁹⁷, 2023 r. – 3 616 193,4 tys. zł⁹⁸ oraz I półrocze 2024 r. – 2 057 641,5 tys. zł⁹⁹.

W okresie 2021-2024 (I półrocze) Oddział otrzymał od Centrali NFZ środki finansowe w kwocie 16 800 012,4 tys. zł¹⁰⁰, z czego: 4 160 145,0 tys. zł w 2021 r., 4 248 334 tys. zł w 2022 r., 5 394 202,5 tys. zł w 2023 r., 2 997 330,9 tys. zł w 2024 r. (I półrocze).

Największe środki finansowe Oddział otrzymał:

- z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne a wniosły one: 2 335 649,2 tys. zł w 2021 r. (56,1% ogółu środków otrzymanych), 2 727 793,9 tys. zł w 2022 r. (64,2%), 3 825 938,8 tys. zł w 2023 r. (70,9%), 2 052 575,1 tys. zł w I półroczu 2024 r. (68,5%),
- na sfinansowanie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 118 ust. 2 pkt 1 e ustawy o świadczeniach, które wniosły one: 775 867,9 tys. zł w 2021 r. (18,7 % ogółu środków otrzymanych), 1 065 648,7 tys. zł w 2022 r. (25,1%), 1 437 536,1 tys. zł w 2023 r. (26,6%) oraz 769 037,6 tys. zł w I półroczu 2024 r. (25,7%).

Pozostałe środki finansowe (tj. poniżej 10% ogółu środków przekazanych przez Centralę NFZ) Oddział otrzymywał na sfinansowanie lub dofinansowanie m.in.:

- świadczeń związanych z przeciwdziałaniem COVID-19, tj. m.in. testy diagnostyczne, dodatkowe świadczenia pieniężne dla personelu uczestniczącego w udzielaniu świadczeń, szczepień ochronnych przeciwko wirusowi SARS-CoV-2 i grypie, fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej oraz rehabilitacji uzdrowskiej dla świadczeniobiorców po przebytej chorobie COVID-19,
- informatyzacji opieki zdrowotnej, Internetowego Konta Pacjenta,
- leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych przysługujących świadczeniobiorcom oraz na realizację programów pilotażowych pn.: „Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej – model POZ” oraz „Zapewnienie bezpieczeństwa i opieki pacjentom oraz bezpieczeństwa personelowi zakładów opiekuńczo-leczniczych, domów pomocy społecznej, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i hospicjów na czas COVID – 19”.

(akta kontroli str. 2130-2374, 3042-3056, 3213-3258)

2.2. Według sprawozdań z przeprowadzonych kontroli realizacji umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej i refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz windykacji należności za IV kwartał okresu 2021-2024 (I półrocze), w Oddziale:

- zakwestionowano świadczenia zdrowotne na kwotę 1 919,3 tys. zł, z czego: 130,3 tys. zł w 2021 r., 316,7 tys. zł w 2022 r., 1 051,4 tys. zł oraz 420,9 tys. zł.
- nałożono kary umowne na kwotę 5 215,2 tys. zł, z czego: 645,3 tys. zł w 2021 r., 2 669,5 tys. zł w 2022 r., 1 544,4 tys. zł w 2023 r., 356 tys. zł w 2024 r. (I połowa).

⁹² W tym należności od świadczeniodawców usług zdrowotnych – 264 858,7 tys. zł.

⁹³ W tym należności od świadczeniodawców usług zdrowotnych – 316 673,5 tys. zł.

⁹⁴ W tym należności od świadczeniodawców usług zdrowotnych – 40 211,4 tys. zł.

⁹⁵ W tym należności od świadczeniodawców usług zdrowotnych – 11 576,5 tys. zł.

⁹⁶ W tym najwięcej z tytułu składek ZUS i KRUS za rok bieżący – 2 351 684 tys. zł.

⁹⁷ W tym najwięcej z tytułu składek ZUS i KRUS za rok bieżący – 3 028 734 tys. zł.

⁹⁸ W tym najwięcej z tytułu składek ZUS i KRUS za rok bieżący – 3 523 110 tys. zł.

⁹⁹ W tym najwięcej z tytułu składek ZUS i KRUS za rok bieżący – 1 902 023 tys. zł.

¹⁰⁰ Kwota pomniejszona o zwroty środków finansowych dokonane przez Oddział w danym roku lub dotyczące lat ubiegłych.

Kwoty zakwestionowanych świadczeń zdrowotnych i nałożonych kar umownych przedstawiono w wystąpieniach pokontrolnych wraz z którymi przekazywano podmiotom kontrolowanym stosowne wezwania do ich zapłaty. tych należności. W wezwaniach tych m.in. zawarto pouczenie, że w sytuacji nieuregulowania w określonym terminie zobowiązania, Dyrektor Oddziału ma prawo potrącenia należności wraz z ustawowymi odsetkami za z przysługujących podmiotowi bieżących należności lub wszczęcia innych działań zgodnie z procedurą windykacji należności NFZ.

W Oddziale według stanu na 30 czerwca 2024 r. wystąpiły należności wymagalne w kwocie 191,5 tys. zł, w tym:

- 177 tys. zł z tytułu zakwestionowanego w czerwcu 2023 r. świadczenia zdrowotnego w rodzaju STM (292,4 tys. zł. Oddział dokonuje potrąceń z bieżących należności przysługujących świadczeniodawcy w oparciu o zapisy § 28 rozporządzenia ws. OWU.
- 14,5 tys. zł - z tytułu kary umownej naliczone we wrześniu 2023 r. za nieprawidłową refundację leków, która dochodzona jest w sądowym postępowaniu upominawczym.

W okresie objętym kontrolą do Oddziału wpłynęły cztery wnioski o rozłożenie na raty wierzytelności wynikających z przeprowadzonych postępowań kontrolnych w latach 2021-2022. Na ich podstawie Oddział zawarł ze świadczeniodawcami ugody w sprawie zasad spłaty należności wynikających z zakwestionowanych świadczeń na kwotę 676,9 tys. zł (jeden przypadek) oraz nałożonych kar umownych na kwotę 388 tys. zł (trzy przypadki). Należności Oddziału z ww. tytułów zostały uregulowane.

W latach 2021-2024 (I półrocze) Oddział nie umarzał, nie odraczał oraz nie spisywał, jako nieściągalne kwot z tytułu zakwestionowanych świadczeń zdrowotnych i nałożonych kar umownych.

(akta kontroli str. 2375-2536, 3002-3041)

2.3. W okresie objętym wszystkie zatwierdzone plany finansowe Oddziału były w trakcie ich realizacji zmieniane. Zmiany polegały na zwiększeniu kosztów: świadczeń opieki zdrowotnej, realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego¹⁰¹, administracyjnych, pozostałych oraz finansowych.

Plan finansowy Oddziału został zwiększony na koniec grudnia:

- 2021 do kwoty 3 486 600 tys. zł, tj. o 1 189 283 tys. zł (o 51,8%) wyższej niż ujęta w pierwotnie zatwierdzonym planie.
- 2022 – do 3 516 625 tys. zł, tj. Więcej o 1 021 169 tys. zł (o 40,9%),
- 2023 – do 4 007 554 tys. zł, tj. o 370 484 tys. zł (o 10,2%),
- 2024 (I półrocze) – do kwoty 4 122 017 tys. zł, tj. wyższej o 228 862 tys. zł (o 5,9%).

Analiza zmian w planach finansowych i wykonania ww. kosztów na koniec grudnia lat 2021-2023 i koniec czerwca 2024 r. i wykazała, że nie wystąpiły przypadki przekroczenia planowanych kosztów.

I tak koszty świadczeń opieki zdrowotnej w:

- 2021 r. wykonano w kwocie 2 880 056,8 tys. zł, co stanowiło 95,8% kwoty ujętej w planie po zmianach (3 006 743 tys. zł) i 84,3% kosztów wykonanych w 2020 r.,
- 2022 r. – 3 155 280,8 tys. zł, tj. odpowiednio: 97,2% (3 246 667 tys. zł) i 109,6%,
- 2023 r. – 3 876 450,9 tys. zł, co stanowiło odpowiednio: 99% (3 915 226 tys. zł) i 122,9%,
- 2024 r. (I półrocze) – 2 012 975,4 tys. zł, co stanowiło 99,9% kwoty ujętej w planie na 30 czerwca 2024 r. (2 014 899,5 tys. zł).

¹⁰¹ Tylko na lata 2021-2022.

Na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego¹⁰² w 2021 r. poniesiono koszty w kwocie 124 689,4 tys. zł, stanowiącej 99,9% planowanych (124 878 tys. zł) i 102% wykonanych w 2020 r., zaś w 2022 r. - 158 298,7 tys. zł, tj. 100% zaplanowanych na ten rok i kwoty i 127% wykonanych w 2021 r.

W przypadku kosztów administracyjnych ustalono, że w:

- 2021 r. wykonano je w kwocie 23 100,1 tys. zł, co stanowiło 91,6% kwoty ujętej w planie po zmianach (25 220 tys. zł) i 107,8% kwoty wykonanej w 2020 r.,
- 2022 r. – 24 410,7 tys. zł, co stanowiło odpowiednio: 88,7% (27 519 tys. zł) i 105,7%,
- 2023 r. – 26 445,7 tys. zł, co stanowiło odpowiednio: 90,6% (29 195 tys. zł) i 108,3%,
- 2024 r. (I półrocze) – 15 073 tys. zł, co stanowiło 87% kwoty ujętej w planie po zmianach na 30 czerwca 2024 r. (17 328 tys. zł).

Pozostałe koszty wykonano w:

- 2021 r. w kwocie 272 573,2 tys. zł, tj. 91,5% kwoty ujętej w planie po zmianach (297 764 tys. zł) i 351,7% kwoty wykonanej w 2020 r.,
- 2022 r. – 47 245,7 tys. zł, tj. odpowiednio: 91,1% (51 883 tys. zł) i 17,3%,
- 2023 r. – 7 647,8 tys. zł, tj. odpowiednio: 72,6% (10 531 tys. zł) i 16,2%,
- 2024 r. (I półrocze) – 80,1 tys. zł, co stanowiło 14,7% kwoty ujętej w planie po zmianach na 30 czerwca 2024 r. (545 tys. zł).

W zakresie kosztów finansowych ustalono, że w:

- 2021 r. wykonano je w kwocie 79,3 tys. zł, co stanowiło 44% kwoty ujętej w planie po zmianie (180 tys. zł) i 87,2% kwoty wykonanej w 2020 r.,
- 2022 r. – 158 tys. zł, tj. odpowiednio: 75% kwoty ujętej w planie po zmianie (210 tys. zł) i 199%,
- 2023 r. – 186 tys. zł, tj. odpowiednio 74,4% (250 tys. zł) i 117%,
- 2024 r. (I półrocze) – 80,7 tys. zł, co stanowiło 64,6% kwoty ujętej w planie po zmianach na 30 czerwca 2024 r. (125 tys. zł).

Oddział nie ujmował w planach finansowych na lata 2021-2024 kosztów poboru i ewidencjonowania składek oraz kosztów programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie. Dyrektor Oddziału podał, m.in., że Oddział nie planował tych kosztów, ponieważ są one potrącane są przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego w wysokości 0,2% kwoty tej części składek przekazanych do Centrali Funduszu, które zostały przypisane do konkretnego ubezpieczonego. Odnośnie nieplanowania kosztów programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że realizatorami rządowego programu kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce na lata 2016-2020, stanowiącego kontynuację programu kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego w Polsce na lata 2021-2023 były referencyjne ośrodki leczenia niepłodności spoza województwa warmińsko-mazurskiego.

Analizę wykonania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w latach 2021-2023 z uwzględnieniem wskaźnika inflacji wg GUS w tych latach przedstawiono poniżej:

W latach 2021-2023 koszty świadczeń opieki zdrowotnej¹⁰³ wyniosły ogółem: 9 911 758,5 tys. zł, z czego:

- 2 880 056,8 tys. zł w 2021 r. i były o 536 204,8 tys. zł (15,7%) niższe od poniesionych w 2020 r. (3 416 261,7 tys. zł), co przy wskaźniku inflacji w 2021 r. wynoszącym 5,1%, realnie spadły o 10,6%.

¹⁰² Od 1 stycznia 2023 r. koszty te były ujmowane w planie Centrali NFZ i rozliczane na podstawie upoważnień.

¹⁰³ Pozycja B2 w planie finansowym Oddziału.

- 3 155 280,8 tys. zł w 2022 r. i były o 275 194 tys. zł (9,6%) wyższe od zrealizowanych w 2021 r., zaś przy uwzględnieniu wskaźnika inflacji za ten rok na poziomie 14,4% - ich realna wartość spadła o 4,8%.
- 3 876 450,9 tys. zł w 2023 r. i były o 721 200,1 tys. zł (22,9%) wyższe od zrealizowanych w 2022 r., a po uwzględnieniu wskaźnika inflacji (11,4%) ich realny wzrost wyniósł 11,5%.

Wykonanie kosztów w 2023 r. wzrosło o 996 394,0 tys. zł (34,6%) w porównaniu do 2021 r. Skumulowana inflacja w latach 2021-2023 wyniosła 30,9%.

W latach 2021-2023 najwyższe koszty świadczeń wykonano w rodzaju:

- Leczenia szpitalnego, które wyniosły ogółem 3 860 561,6 tys. zł, z czego:
 - 1 220 502,3 tys. zł w 2021 r. i były o 631 658,4 tys. zł (34,1%) niższe od wykonanych w 2020 r. (1 852 160,7 tys. zł),
 - 1 190 844,8 tys. zł w 2022 r. i były o 29 657,5 tys. zł (2,4%) niższe od wykonanych w 2021 r.,
 - 1 449 214,5 tys. zł w 2023 r. i były o 258 369,7 tys. zł (21,7%) wyższe od wykonanych w 2022 r.

Wykonanie kosztów w 2023 r. wzrosło o 228 712,2 tys. zł (18,7%) w porównaniu do 2021 r.

- Podstawowej opieki zdrowotnej, które wyniosły ogółem: 1 750 154,5 tys. zł, z czego:
 - 585 161 tys. zł w 2021 r. i były o 97 907,9 tys. zł (20,1%) wyższe od wykonanych w 2020 r. (487 253,1 tys. zł),
 - 534 345,7 tys. zł w 2022 r. i były o 50 815,27 tys. zł (8,7%) niższe od wykonanych w 2021 r.,
 - 630 647,8 tys. zł w 2023 r. i były o 96 302,1 tys. zł (18%) wyższe od wykonanych w 2022 r.

Wykonanie kosztów w 2023 r. wzrosło o 45 486,8 tys. zł (7,8%) w porównaniu do 2021 r.

- Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej, które wyniosły ogółem: 1 245 485,9 tys. zł, z czego:
 - 270 583,8 tys. zł w 2021 r. i były o 71 667,6 tys. zł (36%) wyższe od wykonanych w 2021 r. (198 916,2 tys. zł),
 - 420 035,2 tys. zł w 2022 r. i były o 149 451,4 tys. zł (55,2%) wyższe od wykonanych w 2021 r.,
 - 554 866,9 tys. zł w 2023 r. i były o 134 831,7 tys. zł (32,1%) wyższe od wykonanych w 2022 r.

Wykonanie kosztów w 2023 r. wzrosło o 284 283,1 tys. zł (105,1%) w porównaniu do 2021 r.

- Refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, które wyniosły ogółem: 948 142,9 tys. zł, z czego:
 - 302 267 tys. zł w 2021 r. i były o 1 796,7 tys. zł (0,6%) niższe od wykonanych w 2020 r. (304 063,7 tys. zł),
 - 316 924,9 tys. zł w 2022 r. i były o 14 657,8 tys. zł (4,8%) wyższe od wykonanych w 2021 r.,
 - 328 951 tys. zł w 2023 r. i były o 12 026,2 tys. zł (3,8%) wyższe od wykonanych w 2022 r.

Wykonanie kosztów w 2023 r. wzrosło o 26 684 tys. zł (8,8%) w porównaniu do 2021 r.

- Rehabilitacji leczniczej¹⁰⁴, które wyniosły ogółem 481 702,7 tys. zł, z czego:
 - 101 634,7 tys. zł w 2021 r. i były o 6 276,1 tys. zł (6,6%) wyższe od wykonanych w 2020 r. (95 358,6 tys. zł),
 - 164 395,4 tys. zł w 2022 r. i były o 62 760,7 tys. zł (61,8%) wyższe od wykonanych w 2021 r.,
 - 215 672,6 tys. zł w 2023 r. i były o 51 277,2 tys. zł (31,2%) wyższe od wykonanych w 2022 r.

Wykonanie kosztów w 2023 r. wzrosło o 114 037,9 tys. zł (112,2%) w porównaniu do 2021 r.

- Opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień¹⁰⁵, które wyniosły ogółem 443 043,9 tys. zł, z czego:
 - 113 957,8 tys. zł w 2021 r. i były o 3 108 tys. zł (2,7%) niższe od wykonanych w 2021 r. (117 065,8 tys. zł),
 - 149 886,8 tys. zł w 2022 r. i były o 35 928,9 tys. zł (31,5%) wyższe od wykonanych w 2022 r.,
 - 179 199,3 tys. zł w 2023 r. i były o 29 312,6 tys. zł (19,6%) wyższe od wykonanych w 2022 r.

Wykonanie kosztów w 2023 r. wzrosło o 65 241,5 tys. zł (57,3%) w porównaniu do 2021 r.

- Leczenia stomatologicznego¹⁰⁶, które wyniosły ogółem 313 368 tys. zł, z czego:
 - 80 983,3 tys. zł w 2021 r. i były o 7 499,2 tys. zł (10,2%) wyższe od tych kosztów w 2020 r. (73 484,1 tys. zł).
 - 96 950 tys. zł w 2022 r. i były o 15 966,7 tys. zł (19,7%) wyższe od tych kosztów w 2021 r.,
 - 135 434,7 tys. zł w 2023 r. i były o 38 484,7 tys. zł (39,7%) wyższe od tych kosztów w 2022 r.

Wykonanie kosztów w 2023 r. wzrosło o 54 451,4 tys. zł (67,2%) w porównaniu do 2021 r.

- Świadczeń kontraktowanych odrębnie¹⁰⁷, które wyniosły ogółem 254 680,8 tys. zł, z czego;
 - 68 416,7 tys. zł w 2021 r. i były o 1 659,9 tys. zł (2,4%) niższe od wykonania tych kosztów w 2020 r. (70 076,7 tys. zł),
 - 81 733,1 tys. zł w 2022 r. i były o 13 316,4 tys. zł (19,5%) wyższe od wykonania tych kosztów w 2021 r.,
 - 104 531 tys. zł w 2023 r. i były o 22 797,9 tys. zł (27,9%) wyższe od wykonania tych kosztów w 2022 r.

Wykonanie kosztów w 2023 r. wzrosło o 36 114,3 tys. zł (52,8%) w porównaniu do 2021 r.

- Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej¹⁰⁸, które wyniosły ogółem 244 940,1 tys. zł, z czego:
 - 58 528,9 tys. zł w 2021 r. i były o 3 014,2 tys. zł (4,9%) niższe od wykonania tych kosztów w 2020 r. (61 453,1 tys. zł),
 - 77 460,4 tys. zł w 2022 r. i były o 18 931,5 tys. zł (32,3%) wyższe od wykonania tych kosztów w 2022 r.,

¹⁰⁴ Pozycja B2.5 w planie finansowym Oddziału.

¹⁰⁵ Pozycja B2.4 w planie finansowym Oddziału.

¹⁰⁶ Pozycja B2.8 w planie finansowym Oddziału

¹⁰⁷ Pozycja B2.12 w planie finansowym Oddziału.

¹⁰⁸ Pozycja B2.6 w planie finansowym Oddziału.

- 108 950,8 tys. zł w 2023 r. i były o 31 490,4 tys. zł (40,7%) wyższe od wykonania tych kosztów w 2022 r.

Wykonanie kosztów w 2023 r. wzrosło o 50 421,9 tys. zł (86,1%) w porównaniu do 2021 r.

- Zaopatrzenia w wyroby medyczne oraz ich naprawa¹⁰⁹, które wyniosły ogółem 191 072,9 tys. zł, z czego:
 - 50 519,4 tys. zł w 2021 r. i były o 6 656,5 tys. zł (15,2%) wyższe od wykonania tych kosztów w 2020 r. (43 863 tys. zł),
 - 58 556,8 tys. zł w 2022 r. i były o 8 037,4 tys. zł (15,9%) wyższe od wykonania tych kosztów w 2021 r.,
 - 81 996,7 tys. zł w 2023 r. i były o 23 439,9 tys. zł (40%) wyższe od wykonania tych kosztów w 2022 r.

Wykonanie kosztów w 2023 r. wzrosło o 31 477,3 tys. zł (o 62,3%) w porównaniu do 2021 r.

Odnosnie niższego wykonania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w 2021 r. w stosunku do 2020 r, Dyrektor Oddziału wyjaśnił, m.in., że wynikało to z ustawowej zmiany zasad finansowania zgodnie z art. 118 ust. 2 pkt 1. ustawy o świadczeniach tj. świadczenia zdrowotne zostały ujęte w planie finansowym Centrali:

- koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programów pilotażowych,
- ryczałt PSZ w leczeniu szpitalnym,
- wzrost wynagrodzeń,
- lecznictwo uzdrowiskowe.

Natomiast wyższy poziom wykonania świadczeń (rok do roku) niż poziom inflacji wynikał ze zwiększenia wyceny świadczeń oraz zwiększonej liczby pacjentów. Poziom wzrostu finansowania placówek medycznych dokonywany jest przez AOTMiT w obwieszczeniu, które uwzględnia:

- skutki realizacji ustawy z 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw,
- wzrost wynagrodzenia dla pozostałych form zatrudnienia,
- określenie cen minimalnych w wybranych grupach zakresów,
- zmiany w wybranych obszarach świadczeń zidentyfikowanych jako wymagające pilnej interwencji w zakresie zwiększenia poziomu finansowania, w tym istotnych dla działalności szpitali I i II stopnia poziomów systemu.

Dyrektor Oddziału wyjaśnił także, że niższy poziom wykonania wybranych rodzajów świadczeń (rok do roku) niż poziom inflacji wynikał z realizacji świadczeń, którego poziom wykonania świadczeń zależy m.in. od ograniczenia dostępności personelu medycznego.

W latach 2021-2024 (I półrocze) wyodrębnione koszty związane z wynagrodzeniami personelu medycznego i niemedycznego sfinansowano w kwocie 350 935,6 tys. zł, co stanowiło 2,5% kosztów świadczeń sfinansowanych na kwotę 13 953 289,9 tys. zł. I tak w:

- 2021 r. poniesiono koszty związane z wynagrodzeniami personelu w 14 rodzajach świadczeń w łącznej kwocie 232 268,4 tys. zł, co stanowiło 7,8% wartości świadczeń zrealizowanych na podstawie 1 629 umów w 15 rodzajach świadczeń¹¹⁰ (2 968 065,5 tys. zł). Koszty wynagrodzeń w:

¹⁰⁹ Pozycja B2.13 w planie finansowym Oddziału

¹¹⁰ W 2021 r. koszty wynagrodzeń personelu w przypadku PPZ ujęto w ogólnej wycenie świadczeń.

- POZ zapłacono w kwocie 571,1 tys. zł¹¹¹, co stanowiło 0,1% sfinansowanych świadczeń w tym rodzaju (492 129,7 tys. zł),
 - AOS – 5 635,5 tys. zł¹¹² – 2,1% (262 953,6 tys. zł),
 - SZP – 178 811 tys. zł¹¹³ – 11,4% (1 567 469,5 tys. zł),
 - PSY – 12 975,6 tys. zł¹¹⁴ – 12% (107 951,2 tys. zł),
 - REH – 4 516,3 tys. zł¹¹⁵ – 4,5% (101 214,7 tys. zł),
 - SPO – 8 684,3 tys. zł¹¹⁶ – 13,7% (63 475,7 tys. zł),
 - OPH – 3 111,6 tys. zł¹¹⁷ – 11,5% (27 000,7 tys. zł),
 - STM – 1 220,7 tys. zł¹¹⁸ – 1,6% (77 691,2 tys. zł),
 - UZD – 308,1 tys. zł¹¹⁹ – 5,1% (6 057,2 tys. zł),
 - PDT – 151,8 tys. zł¹²⁰ – 1,3% (11 654,1 tys. zł),
 - PRO – 15 tys. zł¹²¹ – 0,3% (5 400,6 tys. zł),
 - SOK – 2 709,3 tys. zł¹²² – 4,1% (65 537,4 tys. zł),
 - ZPO – 21,1 tys. zł¹²³ – 0,1% (41 797,5 tys. zł),
 - RTM – 13 537,0 tys. zł¹²⁴ – 11,1% (121 451,9 tys. zł).
- 2022 r. sfinansowano koszty związane z wynagrodzeniami personelu w 12 rodzajach świadczeń w kwocie 116 047,3 tys. zł, co stanowiło 3,1% wartości świadczeń zrealizowanych na podstawie 1 592 umów w 15 rodzajach¹²⁵ (3 686 645,7 tys. zł). Koszty wynagrodzeń w:
 - POZ zapłacono w kwocie 745,1 tys. zł¹²⁶, co stanowiło 0,1% sfinansowanych świadczeń w tym rodzaju (536 097,4 tys. zł),
 - AOS – 544,2 tys. zł¹²⁷ – 0,1% (380 073,7 tys. zł),
 - SZP – 103 139,5 tys. zł¹²⁸ – 5,3% (1 942 853,6 tys. zł),
 - PSY – 1 221,4 tys. zł¹²⁹ – 0,9% (129 398,2 tys. zł),
 - REH – 990,8 tys. zł¹³⁰ – 0,7% (150 125,6 tys. zł),
 - SPO – 5 179,8 tys. zł¹³¹ – 6,5% (79 237,7 tys. zł),
 - OPH – 1 779,8 tys. zł¹³² – 5,6% (31 622,6 tys. zł),
 - STM – 1 015,9 tys. zł¹³³ – 1,1% (95 125,8 tys. zł),
 - UZD – 59,1 tys. zł¹³⁴ – 0,6% (10 292,2 tys. zł),
 - PRO – 7,5 tys. zł¹³⁵ – 0,1% (6 473,8 tys. zł),
 - SOK – 1 339,2 tys. zł¹³⁶ – 1,7% (76 752,4 tys. zł),

¹¹¹ W tym: 131,3 tys. zł to koszt wynagrodzenia pielęgniarek i położnych.

¹¹² W tym: 5 167,7 tys. zł to koszt wynagrodzenia pielęgniarek i położnych.

¹¹³ W tym: 138 949,3 tys. zł to koszt wynagrodzenia pielęgniarek i położnych.

¹¹⁴ W tym: 8 321,6 tys. zł to koszt wynagrodzenia pielęgniarek i położnych.

¹¹⁵ W tym: 1 523,9 tys. zł to koszt wynagrodzenia pielęgniarek i położnych.

¹¹⁶ W tym: 7 098,2 tys. zł to koszt wynagrodzenia pielęgniarek i położnych.

¹¹⁷ W tym: 2 627,4 tys. zł to koszt wynagrodzenia pielęgniarek i położnych.

¹¹⁸ W tym: 294,9 tys. zł to koszt wynagrodzenia pielęgniarek i położnych.

¹¹⁹ W tym: 292,5 tys. zł to koszt wynagrodzenia pielęgniarek i położnych.

¹²⁰ W tym: 144,8 tys. zł to koszt wynagrodzenia pielęgniarek i położnych.

¹²¹ 100% to koszt wynagrodzenia pielęgniarek i położnych.

¹²² W tym: 2 537,9 tys. zł to koszt wynagrodzenia pielęgniarek i położnych.

¹²³ 100% to koszt wynagrodzenia pielęgniarek i położnych.

¹²⁴ W tym: 1 064,4 tys. zł to koszt wynagrodzenia pielęgniarek i położnych.

¹²⁵ W 2022 r. koszty wynagrodzeń personelu w przypadku: PDT, PPZ, RTM ujęto w ogólnej wycenie świadczeń.

¹²⁶ W tym: 65,6 tys. zł to koszt wynagrodzenia pielęgniarek i położnych.

¹²⁷ W tym: 413,8 tys. zł to koszt wynagrodzenia pielęgniarek i położnych.

¹²⁸ W tym: 68 122,7 tys. zł to koszt wynagrodzenia pielęgniarek i położnych.

¹²⁹ W tym: 606,3 tys. zł to koszt wynagrodzenia pielęgniarek i położnych.

¹³⁰ W tym: 145,2 tys. zł to koszt wynagrodzenia pielęgniarek i położnych.

¹³¹ W tym: 3 601,1 tys. zł to koszt wynagrodzenia pielęgniarek i położnych.

¹³² W tym: 1 318,1 tys. zł to koszt wynagrodzenia pielęgniarek i położnych.

¹³³ W tym: 144,1 tys. zł to koszt wynagrodzenia pielęgniarek i położnych.

¹³⁴ W tym: 51,7 tys. zł to koszt wynagrodzenia pielęgniarek i położnych.

¹³⁵ 100% to koszt wynagrodzenia pielęgniarek i położnych.

¹³⁶ W tym: 1 167,9 tys. zł to koszt wynagrodzenia pielęgniarek i położnych.

- ZPO – 25 tys. zł¹³⁷ – 0,1% (48 578,9 tys. zł).
- 2023 r. sfinansowano koszty związane z wynagrodzeniami personelu w pięciu rodzajach świadczeń w kwocie 1 903,8 tys. zł, co stanowiło 0,04% wartości świadczeń wykonanych na podstawie 1 776 umów w 15 rodzajach świadczeń¹³⁸ (4 755 992,3 tys. zł). Koszty wynagrodzeń w:
 - POZ zapłacono w kwocie 48,5 tys. zł, co stanowiło 0,008% sfinansowanych świadczeń w tym rodzaju (631 099,3 tys. zł),
 - SZP – 1 814 tys. zł¹³⁹ – 0,07% (2 506 128,4 tys. zł),
 - REH – 25,5 tys. zł – 0,01% (202 346,2 tys. zł),
 - SPO – 3,3 tys. zł¹⁴⁰ – 0,003% (107 522,4 tys. zł),
 - ZPO – 12,5 tys. zł¹⁴¹ – 0,02% (61 880,9 tys. zł).
- 2024 r. (I półrocze) poniesiono koszty związane z wynagrodzeniami personelu w dwóch rodzajach świadczeń w kwocie 716,1 tys. zł, co stanowiło 0,03% wykonania świadczeń na podstawie 1 606 umów w 15 rodzajach świadczeń¹⁴² na łączną kwotę 2 542 586,5 tys. zł. Koszty wynagrodzeń w:
 - SZP zapłacono w kwocie 705,9 tys. zł¹⁴³, co stanowiło 0,05% sfinansowanych świadczeń w tym rodzaju (1 349 988,8 tys. zł),
 - REH - 10,2 tys. zł - 0,01% (98 313,0 tys. zł).

Dyrektor Oddziału wyjaśnił m.in., że wysokość kosztów związanych z wynagrodzeniem personelu medycznego i niemedycznego (dalej: dodatek finansowy) ustalana była na podstawie danych przekazanych przez świadczeniodawców. W rodzaju PPZ nie zgłoszono osób personelu medycznego i niemedycznego do dodatku finansowego bowiem zgodnie z § 16 rozporządzenia ws. OWU. W myśl tego rozporządzenia dodatek finansowy jest pomniejszany o wartość wzrostu wyceny świadczeń, co oznacza, że wzrost ceny świadczeń powoduje pomniejszenie lub wyzerowanie dodatków finansowych, a środki wcielane są w cenę. Kolejną sytuacją, w której dodatek ulega redukcji były ogłaszane konkursy. Nowo zawierane umowy nie zawierają dodatku finansowego dedykowanego dla personelu medycznego i niemedycznego.

(akta kontroli str. 2537-2764, 3193-3258)

2.4. Według sprawozdań finansowych Oddziału stan zobowiązań¹⁴⁴ krótkoterminowych wynosił: 664 568,2 tys. zł na koniec 2020 r., 719 136,1 tys. zł na koniec 2021 r., 732 771,4 tys. zł na koniec 2022 r., 618 903,4 tys. zł na koniec 2023 r. oraz 667 728 tys. zł na koniec I półrocza 2024 r.

W latach 2021-2024 (I półrocze) w Oddziale nie dokonywano zajęć komorniczych. Oddział nie płacił także kar umownych.

W okresie objętym kontrolą wobec Oddziału prowadzono 10 postępowań sądowych o zapłatę roszczeń w łącznej kwocie 4 581,4 tys. zł. I tak w:

- 2021 r. prowadzono cztery sprawy¹⁴⁵, w których łączna kwota roszczeń wynosiła ogółem 3 382,2 tys. zł,
- 2022 r. – trzy sprawy wszczęte w 2020 r. – 3 374,6 tys. zł,

¹³⁷ 100% to koszt wynagrodzenia pielęgniarek i położnych.

¹³⁸ W 2023 r. koszty wynagrodzeń personelu medycznego w przypadku: AOS, PSY, OPH, STM, UZD, PDT, PRO, SOK, PPZ, RTM ujęto w ogólnej wycenie świadczeń.

¹³⁹ W tym: 736,6 tys. zł to koszt wynagrodzenia pielęgniarek i położnych.

¹⁴⁰ W tym: 3,3 tys. zł to koszt wynagrodzenia pielęgniarek i położnych.

¹⁴¹ 100% to koszt wynagrodzenia pielęgniarek i położnych.

¹⁴² W 2024 r. (I półrocze) koszty wynagrodzeń personelu medycznego w przypadku: AOS, RTM, PSY, STM, SPO, SOK, PPZ, ZPO, OPH, PDT, UZD, PRO ujęto w ogólnej wycenie świadczeń.

¹⁴³ W tym: 329,7 tys. zł to koszt wynagrodzenia pielęgniarek i położnych.

¹⁴⁴ Nie wystąpiły zobowiązania wymagalne oraz długoterminowe.

¹⁴⁵ Z czego trzy sprawy zostały wszczęte w 2020 r. na kwotę roszczeń wynoszącą 3 287,7 tys. zł.

- 2023 r. – pięć spraw wszczętych w 2023 r. na kwotę – 695,2 tys. zł,
- 2024 r. (I półrocze) – pięć spraw wszczętych w latach 2023-2024 (I półrocze) – 1 131,4 tys. zł.

Według stanu na koniec I półrocza 2024 r. ustalono, że:

- cztery postępowania zakończyły się oddaleniem apelacji powoda lub oddaleniem powództwa,
- jedno zakończyło się zawarciem ugody sądowej, w wyniku której Oddział zapłacił na rzecz powoda kwotę 20 tys. zł z kwoty roszczenia z pozwu wynoszącej 100 tys. zł,
- jedno zostało zakończona wydaniem wyroku sądowego, w wyniku którego Oddział zapłacił na rzecz powoda należność w kwocie 8,4 tys. zł, na którą składała się należność główna - 7,7 tys. zł oraz odsetki - 0,7 tys. zł,
- cztery sprawy były w toku.

(akta kontroli str. 2765-2855)

2.5. W latach 2021-2024 (I półrocze) w Oddziale dokonywano przesunięć kosztów w planach finansowych Oddziału. Zmiany te były wprowadzane na podstawie decyzji Prezesa NFZ oraz na podstawie art. 124 ust. 5 ustawy o świadczeniach – przez Dyrektora Oddziału - w zakresie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej. W zakresie kosztów przeznaczonych na świadczenia opieki zdrowotnej dokonano łącznie 138 przesunięć, z czego w:

- 2021 r. - 37 przesunięć kosztów¹⁴⁶, w wyniku czego zwiększono je o 882 920 tys. zł (o 41,6%),
- 2022 r. - 36 przesunięć kosztów¹⁴⁷, co skutkowało ich zwiększeniem o 926 319 tys. zł (o 39,9%),
- 2023 r. - 44 przesunięć kosztów¹⁴⁸, zwiększając plan w tym zakresie o 492 517 tys. zł (o 14,4%), 2024 r. (I półrocze) dokonano 21 przesunięć kosztów¹⁴⁹, wskutek czego wzrosły one o 206 585 tys. zł (o 5,4%).

W okresie objętym kontrolą, zgodnie z art. 43a ust. 3 ustawy o świadczeniach, w planach finansowych Oddziału dokonywano także przesunięć w zakresie innych pozycji kosztów, w tym m.in.: administracyjnych, finansowych, realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego, finansowania leków, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego.

W Oddziale, przed dokonaniem przesunięć w planach finansowych na lata 2021-2024, przeprowadzono analizy w zakresie wykonania poszczególnych pozycji kosztów w stosunku do planu i potrzeb. W analizach tych u uwzględniano dane dotyczące świadczeń zdrowotnych wynikające z: upoważnień otrzymanych z innych OW NFZ jak i udzielonych innym OW NFZ, bilansu migracji (przyjeżdżający – wyjeżdżający), planu do kontraktowania, wartości świadczeń z umów z aneksami, stanu zobowiązań zarówno z tytułu zrealizowanych świadczeń jak i kwot planowanych (trwające postępowania konkursowe, rezerwy).

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, m.in., że zmiany planu finansowego dokonane na podstawie art. 124 ust. 5 ustawy o świadczeniach miały na celu przede wszystkim opłacenie świadczeń nielimitowanych i ponadlimitowych, zwiększenie dostępności do świadczeń w celu zmniejszenia kolejek, zabezpieczenie zwiększonej realizacji świadczeń oraz rozliczenie świadczeń udzielonych na terenie innych województw.

¹⁴⁶ Z czego: 30 przez Prezesa NFZ, zaś 14 przez Dyrektora Oddziału.

¹⁴⁷ Z czego: 23 przez Prezesa NFZ, a 13 przez Dyrektora Oddziału

¹⁴⁸ Z czego: 30 przez Prezesa NFZ, a 14 przez Dyrektora Oddziału

¹⁴⁹ Z czego: 16 przez Prezesa NFZ, zaś pięć przez Dyrektora Oddziału

W grudniu lat 2021-2023 Dyrektor Oddziału, na podstawie art. 124 ust. 5 ustawy o świadczeniach, dokonał dziewięciu przesunięć kosztów przeznaczonych na świadczenia opieki zdrowotnej, z czego: trzech w 2021 r.¹⁵⁰, dwóch w 2022 r.¹⁵¹ oraz czterech w 2023 r.¹⁵² Uzasadnieniem tych zmian było przede wszystkim zabezpieczenie finansowania: świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowach, rozliczanych w ramach migracji ubezpieczonych oraz zwiększonych kosztów: POZ, zaopatrzenia w wyroby medyczne, z tytułu refundacji aptecznej, oraz funkcjonowania dobokaretki w ramach świadczeń udzielanych przez wyjazdowy zespół sanitarny typu „N” oraz zespół transportu medycznego zgodnie z wyceną świadczeń opracowaną przez AOTMiT.

W 2021 r. nie zrealizowano planowanych kosztów przeznaczonych na świadczenia opieki zdrowotnej w kwocie 126 686,2 tys. zł, które stanowiły 4,2% ujętych w planie po zmianach. Niewykonanie kosztów w kwotach wyższych niż 10% dotyczyło w szczególności kosztów:

- rehabilitacji leczniczej, której niewykonanie wynosiło 12 055,3 tys. zł (10,6% ujętych w planie po zmianach), co spowodowane było przede wszystkim mniejszą liczbą pacjentów korzystających z tych świadczeń;
- leków stosowanych w chemioterapii - 2 566 tys. zł (13,8%), co wynikało m.in. z obniżenia cen leków w chemioterapii, dodawania kolejnych leków do programów lekowych i uruchamiania nowych programów, co stwarzało nowe możliwości terapeutyczne pacjentom i przenosiło koszty leczenia chemioterapią na programy;
- profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu - 1 067,1 tys. zł (14,9%), co spowodowane zostało m.in. mniejszą liczbą pacjentów korzystających ze świadczeń;
- rezerwy na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej na podstawie art. 48d ustawy o świadczeniach - 490 tys. zł (100%), na co wpływ miał przede wszystkim brak zainteresowania gmin województwa warmińsko-mazurskiego w uczestniczeniu w takich programach;
- ratunkowego dostępu to technologii lekowej - 412 tys. zł (20,1%, co wynikało głównie z mniejszej liczby pacjentów korzystających z tych świadczeń,
- refundacji leków, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 17 ustawy o świadczeniach 390,4 tys. zł (38,7%), co spowodowane było w szczególności faktyczną realizacją zweryfikowanych recept w aptekach.

W 2022 r. nie zrealizowano planowanych kosztów przeznaczonych na świadczenia opieki zdrowotnej w kwocie 91 416,2 tys. zł, a (2,8% planowanych) i dotyczyło w szczególności kosztów:

- świadczeń opieki zdrowotnej z lat ubiegłych, których niewykonanie wynosiło 3 582,8 tys. zł (30,2% planu po zmianach), co spowodowane było mniejszą liczbą zakwestionowanych świadczeń w związku z prowadzonymi postępowaniami kontrolnymi.
- Profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu - 1 449,3 tys. zł (17,9%), co spowodowane zostało m.in. mniejszą liczbą kobiet zgłaszających się na badania realizowane w programach profilaktycznych.
- Ratunkowego dostępu to technologii lekowej – 876,8 tys. zł (26,6% planu po zmianach), co wynikało głównie z mniejszej liczby pacjentów korzystających z tych świadczeń.

¹⁵⁰ W dniach: 2 grudnia i 30 grudnia (dwie zmiany).

¹⁵¹ W dniach: 29 i 30 grudnia.

¹⁵² W dniach: 1, 5, 28 i 9 grudnia

- Refundacja środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 18 ustawy o świadczeniach – 367,3 tys. zł (49,7%) oraz refundacji leków, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 17 ustawy o świadczeniach 323,1 tys. zł (39,9%). W obu przypadkach przyczyną była faktyczna realizacja zweryfikowanych recept w aptekach.

W 2023 r. nie zrealizowano planowanych kosztów przeznaczonych na świadczenia opieki zdrowotnej w kwocie 38 775,1 tys. zł, które stanowiły 0,99% planowanych, w tym w szczególności kosztów:

- świadczeń opieki zdrowotnej z lat ubiegłych, których niewykonanie wynosiło 4 133,6 tys. zł (20,5% planu po zmianach), co spowodowane było mniejszą liczbą zakwestionowanych świadczeń w związku z prowadzonymi postępowaniami kontrolnymi;
- zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2g ustawy o świadczeniach – 284,2 tys. zł (86,1%), co wynikało z faktu, że rok ten był to pierwszym rokiem udzielania tego typu świadczeń;
- refundacji leków, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 17 ustawy o świadczeniach 212,3 tys. zł (32,2%), co spowodowane było w szczególności faktyczną realizacją zweryfikowanych recept w aptekach;
- refundacja środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 18 ustawy o świadczeniach – 196,1 tys. zł (33,3%), co spowodowane zostało m.in. faktyczną realizacją zweryfikowanych recept w aptekach;
- rezerwy na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej na podstawie art. 48d ustawy o świadczeniach - 36 tys. zł (100%), na co wpływ miał przede wszystkim brak zainteresowania gmin województwa warmińsko-mazurskiego.

(akta kontroli str. 2856-2973, 3213-3258)

2.6. W okresie objętym kontrolą w kosztach administracyjnych Oddziału ujmowano ewidencjonowano m.in: zużycie materiałów i energii, usługi obce, podatki i opłaty, wynagrodzenia, ubezpieczenie społeczne i inne świadczenie, amortyzację środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych zakupionych ze środków własnych, pozostałe koszty. W latach 2021-2024 (I półrocze) wykonanie tych kosztów wyniosło ogółem 89 029,5 tys. zł. I tak w:

- 2021 r. wyniosły one 23 100,1 tys. zł i stanowiły 91,6% kwoty ujętej w planie po zmianach oraz 107,8% wykonanych w roku poprzednim (21 432,3 tys. zł). Najwyższe koszty poniesiono w pozycji:
 - wynagrodzenia – 14 471,1 tys. zł (o 5,5% więcej niż w roku poprzednim)¹⁵³,
 - ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia – 2 992,7 tys. zł (o 7,4% więcej)¹⁵⁴,
 - usługi obce – 2 846,4 tys. zł (o 3,4% więcej)¹⁵⁵.
- 2022 r. – 24 410,7 tys. zł, co stanowiło 88,7% kwoty ujętej w planie oraz 105,7% wykonanych w roku poprzednim, w tym na:
 - wynagrodzenia – 15 826,2 tys. zł (o 9,4% więcej niż w roku poprzednim),
 - ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia – 3 231,7 tys. zł (o 10,6% więcej),
 - usługi obce – 3 052,0 tys. zł (o 7,2% więcej).
- 2023 r. – 26 445,7 tys. zł, co stanowiło 90,6% kwoty ujętej w planie oraz 108,3% wykonanych w roku poprzednim, w tym na:
 - wynagrodzenia – 17 499,9 tys. zł (o 10,6% więcej niż w roku poprzednim),
 - ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia – 3 614,3 tys. zł (o 11,8% więcej),

¹⁵³ Koszt wynagrodzeń w 2020 r. wynosił – 13 715,5 tys. zł.

¹⁵⁴ Koszt ubezpieczenia społecznego i innych świadczeń wynosił w 2020 r. – 2 721,7 tys. zł.

¹⁵⁵ Koszt usług obcych w 2020 r. wynosił – 2 134,5 tys. zł.

- usługi obce – 3 328,2 tys. zł (o 9,1% więcej).
- 2024 r. (I półrocze) – 15 073,0 tys. zł, co stanowiło 87% kwoty ujętej w planie na ten okres, w tym na:
 - wynagrodzenia – 9 971,4 tys. zł,
 - ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia – 2 074,9 tys. zł,
 - usługi obce – 1 829,3 tys. zł.

W okresie objętym kontrolą Oddział nie ponosił kosztów związanych z funkcjonowaniem Rady Oddziału.

W latach 2021-2024 r. (I półrocze) w Oddziale odnotowano wzrost rzeczywistego zatrudnienia. Wynosił on odpowiednio: 156,32 etaty, 163,42 etaty, 167,99 etaty oraz 171,12 etaty. W poszczególnych latach objętych kontrolą plan zatrudnienia nie został zrealizowany. Wynosił on bowiem 169,5 etatów w 2021 r. (wykonany w 92%), 169,5 w 2022 r. (96,4%), 168,7 w 2023 r. (99,5%), oraz 174,7 (97,9%) w 2024 r. (I półrocze). Jak podała Zastępca Dyrektora ds. Medycznych przyczyną był przede wszystkim brak zainteresowania zatrudnieniem w Oddziale potencjalnych kandydatów z wykształceniem i doświadczeniem zawodowym głównie medycznym, fluktuacja kadra spowodowana poziomem wynagrodzeń i ich dynamiką w sektorach gospodarki zatrudniających ww. specjalistów oraz ograniczenia w zatrudnieniu, wykonywaniu działalności gospodarczej oraz zakaz konkurencji pracowników NFZ, o których mowa w art. 112 ustawy o świadczeniach.

W okresie objętym kontrolą Oddział ponosił koszty związane z realizacją zadań inwestycyjnych, których łączna wartość wynosiła ogółem 5 339,9 tys. zł. I tak w:

- 2021 r. koszty inwestycyjne Oddziału wyniosły 939,6 tys. zł, co stanowiło 89,7% kwoty ujętej w planie po zmianach oraz 69,8% wykonanych w roku poprzednim (1 345,7 tys. zł). W tym roku wykonano 13 zadań inwestycyjnych (100% planowanych), w ramach których m.in. przygotowano wspólnie z Wojewódzką Stacją Sanitarno-Epidemiologiczną w Olsztynie¹⁵⁶ (według posiadanego udziału w budynku przez Oddział i WSSE) dokumentację na odbudowę ciągów komunikacyjnych i przegród budowlanych, przebudowano podjazd dla osób niepełnosprawnych i wykonano nowe ogrodzenie nieruchomości w Delegaturze Oddziału w Ełku. Zakupiono także zestawy komputerowe z oprogramowaniem i licencjami, urządzenia wielofunkcyjne, drukarki, przełączniki sieci LAN, urządzenia Firewall, serwer.
- 2022 r. – 1 637,8 tys. zł, co stanowiło 95,5% kwoty ujętej w planie oraz 174,3% wykonanych w roku poprzednim. W tym roku wykonano 11¹⁵⁷ z 12 zaplanowanych zadań inwestycyjnych. Zakupiono m.in. depozytor kluczy, niszczarki, zestawy komputerowe z oprogramowaniem i licencjami, urządzenia wielofunkcyjne. Wspólnie z WSSE wykonano także instalację oddymiającą, dźwiękową i świetlną oraz zamontowano windę towarowo-osobową.
- 2023 r. – 1 518,1 tys. zł, co stanowiło 80,8% kwoty ujętej w planie oraz 92,7% wykonanych w roku poprzednim. W tym roku zrealizowano dziewięć¹⁵⁸ z 11 zaplanowanych zadań inwestycyjnych. Zakupiono m.in. regały do archiwum, urządzenia klimatyzacyjne, komputery przenośne, systemy do backupu, serwery. Wdrożono także system do zarządzania wydrukiem oraz wymieniono kostkę brukową, zamontowano stanowiska na rowery i wykonano oznaczenia dla osób niepełnosprawnych w Delegaturze Oddziału w Ełku.

¹⁵⁶ Dalej: WSSE.

¹⁵⁷ Nie zrealizowano zadania obejmującego zakup oprogramowania narzędziowego i biurowego z uwagi na brak takiej konieczności.

¹⁵⁸ Nie zrealizowano wspólnie z WSSE inwestycji polegającej na zakupie i montażu urządzeń dźwigowych oraz odbudowie sztybów zgodnie z przepisami przeciwpożarowymi z uwagi na fakt, że WSSE nie otrzymała środków finansowych na ten cel. Oddział nie zakupił także oprogramowania narzędziowego i biurowego z uwagi na brak ostatecznej potrzeby w tym zakresie.

- 2024 r. (I półrocze) – 1 244,4 tys. zł, co stanowiło 32,6% kwoty ujętej w planie oraz 82% wykonanych w roku poprzednim. W tym roku zakupiono m.in. urządzenia klimatyzacyjne, komputery z oprogramowaniem, system NDR i system do jego obsługi, macierz. Do realizacji pozostała m.in. wymiana podziemnego zbiornika paliwowego do agregatu prądotwórczego oraz zakup serwera IBM.

W latach 2021-2024 (I półrocze) Oddział nie ponosił kosztów związanych z zakupem środków transportu.

(akta kontroli str. 2974-3001)

2.7. W latach 2021-2024 (I półrocze) w Oddziale w ramach monitoringu stopnia realizacji umów zawartych ze świadczeniodawcami dokonywano oceny stopnia realizacji kosztów świadczeń w poszczególnych rodzajach. Co miesiąc, po zamknięciu ksiąg rachunkowych sporządzano zestawienie z wykonania świadczeń zdrowotnych w ramach umów obowiązujących w danym okresie sprawozdawczym, w celu dostosowania struktury zakontraktowanych świadczeń do potrzeb. Zestawienie to zawierało m.in. informację o wysokości kosztów, przekroczeniach i niedow wykonaniach. Dane te przesyłano co miesiąc do Centrali NFZ (sprawozdanie FM-01).

W okresie objętym kontrolą w Oddziale:

- wartość świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowach wyniosła: 9 344 tys. zł¹⁵⁹ w 2023 r., 6 362,2 tys. zł¹⁶⁰ w 2022 r. oraz 8,9 tys. zł¹⁶¹ w 2021 r;
- zawarto ugody, umowy i porozumienia na sfinansowanie świadczeń odpowiednio o wartości: 4 914 tys. zł, 3 923,7 tys. zł, 99,6 tys. zł;
- pozytywnie rozparczono wszystkie wnioski o zapłatę za świadczeń wykonanych ponad limit, które zostały złożone przez czterech świadczeniodawców w 2021 r, 16 w 2022 r., 251 w 2023 r.

Badanie dokumentacji postępowań¹⁶² prowadzonych na wnioski złożone przez pięciu świadczeniodawców ubiegających się o zapłatę najwyższych kwot w związku z wykonaniem świadczeń pozalimitowych wykazało, że dokonano tego jednolicie, według takich samych zasad i procedur. Dodatkowo w przypadku, gdy świadczeniodawca występował o zapłatę w terminie do 45 dni po zakończonym okresie rozliczeniowym wniosek rozpatrywano na podstawie zarządzeń wewnętrznych Dyrektora W-M OW, natomiast w przypadku wniosku złożonego powyżej 45 dni – stosowano Zarządzenie Nr 69/2021/DEF Prezesa NFZ z 14 kwietnia 2021 r. w sprawie szczegółowych warunków umów o sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych świadczeniobiorcom w okresie obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ponad kwotę zobowiązania.

Badaniem objęto także dokumentację 15 umów zawartych ze świadczeniodawcami w rodzaju SZP, którzy w latach 2021-2023 nie wykonali świadczeń o największych wartościach, tj. od 8% do 100% kontraktu w poszczególnych zakresach. Niewykonanie (100% kontraktu) świadczeń w pięciu badanych zakresach wynikało z pełnienia przez trzech świadczeniodawców¹⁶³ w 2021 r., funkcji realizatora świadczeń opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19. Tym samym świadczeniodawcy nie realizowali świadczeń w zakontraktowanych zakresach. Zgodnie z wyjaśnieniami Dyrektora, w tym okresie nie można było przewidzieć terminu zakończenia dedykowania tych podmiotów leczniczych, jako Szpitali przyjmującego pacjentów z COVID-19.

¹⁵⁹ Dotyczyła 4 982 668,3237 jednostek rozliczeniowych.

¹⁶⁰ Dotyczyła 5 424 634,4103 jednostek rozliczeniowych.

¹⁶¹ Dotyczyła 7 487,6324 jednostek rozliczeniowych.

¹⁶² Na kwotę 903 916,62 zł.

¹⁶³ Zespół Opieki Zdrowotnej w Nidzicy, Szpital Miejski Św. Jana Pawła II w Elblągu, Szpital w Ostródzie S.A.

W okresie objętym kontrolą Oddział zawierał aneksy do umów w celu zmniejszenia oraz zwiększenia wartości poszczególnych świadczeń zarówno z własnej inicjatywy jak i na wniosek świadczeniodawcy.

W ramach badania ustalono, że spośród zawartych 31 aneksów dotyczących zmiany struktury zakontraktowanych świadczeń:

- siedem z nich zawarto na wniosek świadczeniodawców, w terminie do 47 dni od daty złożenia przez nich wniosku (średnio po 14 dniach),
- 19 zostało zawartych w II półroczu i nie dotyczyło to kontraktów, które były niewykonane w I półroczu,
- nie stwierdzono równoczesnego występowania wykonania ponad limit i niepełnego wykonania świadczeń w danym rodzaju u tego samego świadczeniodawcy.

(akta kontroli str. 3057-3163, 3305-3336)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

W okresie objętym kontrolą w Oddziale prawidłowo i rzetelnie opracowano i wykonano plany finansowe na lata 2021-2024. Przed zmianą w planach finansowych prowadzono analizę zaangażowania i wykonania kosztów świadczeń zdrowotnych. W Oddziale na bieżąco monitorowano także poziom realizacji zakontraktowanych świadczeń, wprowadzając do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zmiany dotyczące poziomu finansowania. Prowadzono również skuteczną windykację należności Oddziału powstałych w ramach realizacji umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.

IV. Uwagi i wnioski

NIK nie formułuje uwag. W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, przedstawia następujące wnioski:

Wnioski

1. Terminowe przekazywanie okręgowym izbom lekarskim i okręgowym izbom pielęgniarek i położnych oraz do Krajowej Izby Fizjoterapeutów właściwym ze względu na miejsce udzielania świadczeń, informacji o ogłoszeniu o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
2. Podjęcie działań zmierzających do niezwłocznego przeprowadzania postępowań w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w przypadkach określonych w art. 156 ust. 1e ustawy o świadczeniach.
3. Przekazywanie Urzędowi Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich bez zbędnej zwłoki ogłoszeń o wyniku rozstrzygnięcia postępowań, których wartość przedmiotu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przekraczała wyrażoną w złotych równowartość kwoty 130 000 euro według średniego kursu euro ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski w dniu rozstrzygnięcia postępowania.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia

pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury w Olsztynie. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosków pokontrolnych 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, 15 listopada 2024 r.

Kontrolerzy
Cezary Kasznicki
Główny specjalista kontroli
państwowej

.....
podpis

Izabela Kowalska
Główny specjalista kontroli
państwowej

.....
podpis

Joanna Łukasik
Główny specjalista kontroli
państwowej

.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Olsztynie
z up.
Bartosz Kościukiewicz
p.o. Wicedyrektor

.....
podpis