



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Poznaniu

LPO.410.007.01.2015
P/15/059

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Poznaniu
ul. Dożynkowa 9H, 61-662 Poznań
T +48 61 655 62 00, F +48 61 655 62 01
lpo@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/15/059 – Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2014 r.
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Poznaniu
Kontrolerzy	1. Grzegorz Wojtasz, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 95112 z dnia 26 marca 2015 r. 2. Paweł Siuda, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 95111 z dnia 26 marca 2015 r. 3. Przemysław Grad, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 95130 z dnia 17 kwietnia 2015 r. (dowód: akta kontroli str. 1-6)
Jednostka kontrolowana	Narodowy Fundusz Zdrowia Wielkopolski Oddział Wojewódzki w Poznaniu (zwany dalej „Oddziałem”)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Magdalena Kraszewska, Dyrektor Oddziału. (dowód: akta kontroli str. 1656)

II. Ocena kontrolowanej działalności¹

Ocena ogólna

Oddział w procesie planowania wykorzystał kompletne i aktualne dane, które pozwoliły na rzetelne sporządzenie planu kosztów oraz planu zakupu świadczeń zdrowotnych na 2014 r. W prowadzonych przez Oddział konkursach zachowano zasadę konkurencyjności pomiędzy świadczeniodawcami. Prawidłowe działania Oddziału związane z kontraktowaniem zapewniły dostęp do wybranych świadczeń zdrowotnych² w większości powiatów województwa wielkopolskiego. W ośmiu powiatach, z powodu nierównomiernego rozmieszczenia zasobów kadrowych systemu ochrony zdrowia, nie udało się zakontraktować stomatologicznej pomocy doraźnej.

Oddział zrealizował plan zakupu świadczeń i podejmował prawidłowe działania w celu pełnego wykorzystania środków przewidzianych w planie finansowym. Pomimo tego oraz większych niż w 2013 r. nakładów na realizację świadczeń zdrowotnych, nie polepszył się dostęp do nich mierzony czasem oczekiwania na ich udzielenie.

Oddział zrealizował zaplanowane w 2014 r. kontrole świadczeniodawców. Jednak pomimo dysponowania w latach 2013-2014 niewykorzystanym limitem etatów oraz pomimo istotnych ustaleń przeprowadzonych kontroli, wyrażających się znaczną kwotą zakwestionowanych środków finansowych, Oddział nie podjął działań w celu

¹ Najwyższa Izba Kontroli stosuje następujące oceny: pozytywna, pozytywna z nieprawidłowościami i negatywna. W przypadku, gdy nie zostały spełnione kryteria ani dla którejś z tych ocen, stosuje się ocenę opisową.

² Dostęp do świadczeń w następujących zakresach: POZ (świadczenia lekarza POZ, oraz świadczenia pielęgniarki POZ) profilaktyczne programy zdrowotne finansowane ze środków Funduszu (program profilaktyki raka szyjki macicy, program profilaktyki raka piersi; w obu przypadkach etapy podstawowe), lecznictwo stomatologiczne (świadczenia ogólnostomatologiczne, świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia, świadczenia ortodoncji dla dzieci i młodzieży świadczenia protetyki stomatologicznej świadczenia stomatologicznej pomocy doraźnej) oraz AOS (poradnie endokrynologiczne, rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym, rehabilitacja pulmonologiczna, rehabilitacja wzroku).

zwiększenia zatrudnienia pozwalającego na objęcie kontrolą większej liczby świadczeniodawców.

Terminowo sporządzone przez Oddział sprawozdanie finansowe za 2014 r. było kompletne i rzetelne. Zrealizowane zostały wnioski pokontrolne, sformułowane przez NIK w 2013 r. po kontroli kontraktowania świadczeń zdrowotnych.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Analizy stanowiące podstawę sporządzania planów zakupu świadczeń oraz planu finansowego

Opis stanu faktycznego

1.1. Opracowany przez Oddział zbiorczy plan zakupu świadczeń zdrowotnych na 2014 r., przesłany do Prezes NFZ w dniu 2 października 2013 r., został skonstruowany w oparciu o aktualne i kompletne dane dotyczące: sytuacji epidemiologicznej województwa wielkopolskiego, poziomu realizacji świadczeń w latach ubiegłych, sytuacji demograficznej, struktury terytorialnej świadczeniodawców, dostępności na 10 tys. mieszkańców, poziomu zabezpieczenia dostępu do świadczeń w skali kraju, kryteriów jakościowych w odniesieniu do sposobu realizacji umów oraz konsekwencji wprowadzanych zmian w zasadach zawierania umów i realizacji świadczeń. Podstawą ustalenia wielkości planowanych kosztów świadczeń zdrowotnych w poszczególnych ich rodzajach i zakresach były oprócz liczby osób oczekujących oraz czasu oczekiwania, skwantyfikowane priorytety centralne i regionalne Oddziału³, poziom realizacji świadczeń w latach ubiegłych oraz ocena dostępności do świadczeń.

Oddział zawarł na 2014 r. 5.473⁴ umowy dotyczące świadczeń zdrowotnych o wartości 4.952.162,32 tys. zł. W porównaniu z 2013 r. liczba i wartość zawartych umów wzrosła odpowiednio o 19,1% i 1,9%.

Wprowadzone w 2014 r. zmiany obszarów planowania (kontraktowania) świadczeń dotyczyły:

- 1) świadczeń ogólnostomatologicznych – zamiast powiatów (35 obszarów) wprowadzono gminy i grupy gmin (219 obszarów). Wprowadzona zmiana miała zniwelować dysproporcje w poziomie zabezpieczenia do tych świadczeń oraz była odpowiedzią na wnioski środowisk samorządowych,
- 2) ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresach:
 - badania endoskopowe przewodu pokarmowego – zamiast subregionu (grup powiatów) wprowadzono powiaty. Wprowadzona zmiana miała na celu zabezpieczenie świadczeń w powiatach nieposiadających dotychczas zawartych umów lub poprawę dostępu do tych świadczeń,
 - onkologii – wprowadzona zmiana polegająca na zastąpieniu subregionu (grup powiatów) województwem była związana ze zmianą funkcjonowania opieki nad pacjentami z chorobami nowotworowymi (szybką ścieżką onkologiczną).

³ Określono 3 priorytety regionalne, (1) poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych kontaktowanych odrębnie w zakresie żywienia pozajelitowe w warunkach domowych, żywienia dojelitowe w warunkach domowych, (2) poprawa dostępności do świadczeń zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, świadczeń zespołu długoterminowej opieki domowej dla dzieci wentylowanych mechanicznie, (3) poprawa dostępności do ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych. W planie zakupów na 2014 r. wskazano, że z uwagi na skomplikowaną sytuację materialną (spowodowaną głównie koniecznością zapłaty za świadczenia nielimitowane z lat ubiegłych) Oddział odstąpił od realizacji ostatniego z priorytetów regionalnych.

⁴ Zarówno w liczbie jak i w kwotach ujęto dane wynikające z zawartych umów, a ponadto z rachunków (w rodzajach POZ z wyłączeniem POZ w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej oraz zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i techniczne. Dane według stanu na koniec 2014 r.

Oddział sporządzając plan zakupu świadczeń zdrowotnych na 2014 r. nie korzystał z ocen, uwag i wniosków konsultantów wojewódzkich w poszczególnych dziedzinach i specjalnościach medycznych (konkursy zasadnicze przeprowadzono jedynie w dwóch rodzajach świadczeń, tj. stomatologia i podstawowa opieka zdrowotna nocna i świąteczna opieka zdrowotna, zabezpieczenie pozostałych rodzajów świadczeń zdrowotnych było wynikiem aneksowania w 2014 r. umów zawartych na lata 2012-2016). Wprowadzając zmianę wartości ceny jednostkowej świadczeń - ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży (zwiększenie ceny punktu z 1,13 zł na 1,15 zł) oraz ogólnostomatologicznych (zmniejszenie ceny punktu z 1,15 zł na 1,14 zł) Oddział uwzględnił postulaty Wielkopolskiej Izby Lekarskiej, statystykę wartości cen jednostek rozliczeniowych oraz dążenie oddziałów NFZ do niwelowania różnic pomiędzy regionami kraju. Pozostałe zmiany dotyczyły:

- obniżenia z 9,50 zł do 8,90 zł ceny jednostkowej badań tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego, co pozwoliło na zaplanowanie większej liczby punktów na te świadczenia, przy zachowaniu tej samej wartości umów,
- zwiększenia o 13% w porównaniu z 2013 r. wartości umów dotyczących badań echokardiograficznych płodu, co było odpowiedzią na nadwykonania w tym zakresie w 2013 r. oraz stanowiło odpowiedź na pismo prezesa Stowarzyszenia na Rzecz Rozwoju Kardiologii Prenatalnej w sprawie zwiększenia liczby lekarzy udzielających tych świadczeń,
- zmniejszenia cen jednostkowych świadczeń w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej domowej (z 27 zł na 26 zł) oraz w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczo–lecniczym (z 87,10 zł na 77 zł), w wyniku dostosowania tych cen do poziomu w innych oddziałach NFZ,
- zwiększenia (o 19,4% w porównaniu z 2013 r.) wartości umów na świadczenia zdrowotne udzielane w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie oraz na świadczenia udzielane przez zespoły długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, a także na świadczenia udzielane przez zespoły długoterminowej opieki domowej dla dzieci wentylowanych mechanicznie, co było wynikiem uwzględnienia wzrostu liczby pacjentów objętych tą opieką, a także uwzględnienia priorytetu regionalnego.

(dowód: akta kontroli str. 7-164, 650, 905-951)

1.2. Plan kosztów świadczeń opieki zdrowotnej ustalony na 2014 r. w kwocie 5.538.956 tys. zł (przesłany przez Prezesa NFZ 26 sierpnia 2013 r.) nie różnił się od proponowanego przez Oddział, przekazanego Prezesowi NFZ 10 lipca 2013 r. W planie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej na 2014 r. wprowadzone zostały przez Dyrektora Oddziału (w okresie od 18 września 2013 r. do 1 września 2014 r.) zmiany polegające na przesunięciu zaplanowanych kwot pomiędzy poszczególnymi rodzajami świadczeń zdrowotnych. I tak:

- 18 września 2013 r. zmniejszono o kwotę 50.838 tys. zł koszty podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, programów lekowych, chemioterapii, opieki psychiatrycznej, rehabilitacji leczniczej, świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, leczenia stomatologicznego, leczenia uzdrowiskowego, profilaktycznych programów zdrowotnych, świadczeń zdrowotnych kontraktowanych odrębnie, a zwiększono o tę kwotę koszty leczenia szpitalnego oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Uzasadnieniem tych zmian było zabezpieczenie świadczeń nielimitowanych do przewidywanego poziomu realizacji tych świadczeń w 2013 r,

- 5 marca 2014 r. zmniejszono o kwotę 16.875 tys. zł koszty chemioterapii, refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę i świadczeń z lat ubiegłych, a zwiększono o tę kwotę koszty programów lekowych, leków i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia objętych programem lekowym, oraz leków stosowanych w chemioterapii,
- 21 maja 2014 r. zmniejszono o kwotę 11.100 tys. zł koszty programów lekowych, refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę, świadczeń z lat ubiegłych, a zwiększono o tę kwotę koszty leczenia szpitalnego, chemioterapii, leków stosowanych w chemioterapii, opiece paliatywnej i hospicyjnej oraz refundacji leków, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 17 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁵ (zwanej dalej: ustawą o świadczeniach),
- 1 września 2014 r. zmniejszono o kwotę 14.700 tys. zł koszty ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leków i środków spożywczych specjalnego przeznaczenia objętych programem lekowym, opieki psychiatrycznej, rehabilitacji leczniczej, leczenia stomatologicznego, zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny, a zwiększono o tę kwotę koszty podstawowej opieki zdrowotnej, chemioterapii, leków stosowanych w chemioterapii.

Plan finansowy Oddziału na 2014 r. został zwiększony na podstawie pism Centrali NFZ z 4 listopada, 19 i 23 grudnia 2014 r. oraz 8 stycznia 2015 r. do odpowiednio 5.614.605 tys. zł., 5.615.313 tys. zł., 5.623.816 tys. zł oraz 5.629.742 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 952-1067)

W planie zakupu świadczeń na 2014 r. zapisano, że implementując priorytety centralne na 2014 r. zwiększono rolę ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie procedur zabiegowych, poprzez wyodrębnienie środków finansowych na realizację świadczeń zabiegowych w zakresach skojarzonych.

Ceny „optymalne” świadczeń zdrowotnych stanowiące podstawę w dalszych negocjacjach ze świadczeniodawcami stanowiły wartość wypadkową uwzględniającą możliwości planu finansowego, poziom wykonania świadczeń oraz ocenę kształtowania się cen jednostek w innych oddziałach NFZ. Ceny „optymalne” na świadczenia zakontraktowane w 2014 r. były wyższe od średnich i zbliżone do maksymalnych w innych oddziałach wojewódzkich, z wyjątkiem: programu ortodontycznej opieki nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej, świadczeń protetyki stomatologicznej dla świadczeniobiorców po chirurgicznym zabiegu oraz świadczeń stomatologicznych dla świadczeniobiorców z grupy wysokiego ryzyka choroby zakaźnej.

(dowód: akta kontroli str. 48-72, 724, 725)

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

Oddział w procesie planowania wykorzystywał kompletne i aktualne dane, które pozwoliły na rzetelne sporządzenie planu kosztów oraz planu zakupu świadczeń zdrowotnych na 2014 r.

Ustalone
nieprawidłowości

Ocena cząstkowa

⁵ Dz.U. z 2015 r. poz. 581 ze zm.

2. Kontraktowanie świadczeń

Opis stanu
faktycznego

W 2014 r. Oddział przeprowadził 459 postępowań konkursowych. W wyniku tych postępowań wybrał 1.099 ofert spośród 1.413 złożonych i na ich podstawie zawarł umowy o realizację świadczeń w siedmiu rodzajach: ambulatoryjna opieka specjalistyczna (21 umów), leczenie stomatologiczne (981 umów), leczenie szpitalne (45 umów), opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (2 umowy), podstawowa opieka zdrowotna – nocna i świąteczna opieka zdrowotna (47 umów), profilaktyczne programy zdrowotne (1 umowa) i świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie (2 umowy). Największy udział w postępowaniach przeprowadzonych w 2014 r. miały postępowania główne (66%) wszczynane w celu zapewnienia dostępu do świadczeń w związku z wygasaniem umów zawartych przed 2014 r., wprowadzeniem nowych świadczeń lub rozszerzaniem zakresu świadczeń w ramach danego rodzaju. Największy udział we wszczętych w 2014 r. postępowaniach głównych (95%) stanowiła stomatologia oraz podstawowa opieka zdrowotna. Postępowania te wszczęte zostały przez Oddział w I kwartale 2014 r., a ich rozstrzygnięcie nastąpiło w I i II kwartale 2014 r.

Pozostałe postępowania konkursowe dotyczyły zamówień uzupełniających w celu zapewnienia większej dostępności świadczeń w związku z rozwiązaniem dotychczasowych umów lub zmianą przepisów. W badanym okresie Dyrektor Oddziału nie odstępował od procedury kontraktowania świadczeń określonej przez centralę NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 420-578, 1706)

Badanie sześciu postępowań wybranych z rodzajów leczenie szpitalne i ambulatoryjna opieka specjalistyczna, przeprowadzonych w 2014 r. wykazało, że:

- komisje konkursowe oceniały spełnianie warunków przez świadczeniodawców i prawidłowo przyznawały im punkty,
- w dokumentacji prac tych komisji zamieszczono oświadczenia ich członków, że nie zachodzą wobec nich przesłanki wyłączenia z postępowania, a także pisemne uzasadnienie propozycji liczby jednostek rozliczeniowych,
- z przeprowadzonych negocjacji sporządzone zostały protokoły ustaleń, zawierające informacje o ostatecznym stanowisku w zakresie ceny i liczby świadczeń,
- w warunkach udziału w postępowaniach nie wprowadzano wymogu wykonania w poprzednich latach określonej liczby badań,
- czas pracy oferowany przez świadczeniobiorców w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna spełniał wymogi Oddziału.

(dowód: akta kontroli str. 676-703)

Oddział w 2014 r. przeprowadził pięć dodatkowych postępowań, będących wynikiem uwzględnienia odwołań dotyczących rozstrzygnięć postępowań, wniesionych przez świadczeniodawców na podstawie art. 154 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁶ (dalej, również w skrócie: „ustawa o świadczeniach zdrowotnych”). Trzy z tych postępowań dotyczyły świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na terenie powiatów poznańskiego i leszczyńskiego oraz Poznań-Nowe Miasto, a dwa - świadczeń stomatologicznych. Dyrektor Oddziału po przeprowadzeniu ponownych konkursów

⁶ Dz.U. z 2015 r., poz. 581 ze zm.

i rokowań zawarła ze świadczeniodawcami umowy o udzielanie ww. świadczeń zdrowotnych.

W 2014 r. Oddział nie zawierał umów warunkowych ze świadczeniodawcami, którzy nie spełniali warunków udzielania świadczeń. Dwóch świadczeniodawców, po wybraniu ich ofert w konkursie (chirurgia stomatologiczna i periodontologia oraz świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia), zrezygnowało z zawarcia umów na świadczenie usług medycznych. Jeden ze świadczeniobiorców nie podał powodów rezygnacji, natomiast drugi wskazał, że utracił płynność finansową i likwiduje przychodnię. W lipcu 2014 r. Oddział wszczął ponowne postępowanie na świadczenie usług medycznych w zakresie chirurgii stomatologicznej i periodontologii. Postępowanie na drugi zakres świadczeń nie zostało wszczęte, po dokonaniu przez Oddział analizy zaspokojenia potrzeb w tym zakresie.

(dowód: akta kontroli str.420, 434,579-648, 653-656)

Wartość zawartych w 2014 r. umów wzrosła o 2% w porównaniu do 2013 r. Wartość tych umów w przeliczeniu na jednego ubezpieczonego i jednego świadczeniobiorcę⁷ wyniosła odpowiednio: 1,3 tys. zł i 0,6 tys. zł. Wielkości te wzrosły w porównaniu z 2013 r. o odpowiednio: 1,8% i 2%. Wartość udzielonych w 2014 r. świadczeń w przeliczeniu na jednego ubezpieczonego (1,5 tys. zł) i świadczeniobiorcę (0,7 tys. zł) zmniejszyła się w porównaniu z 2013 r. o odpowiednio: 1,9% i 1,7%.

(dowód: akta kontroli str. 661)

Wydatki poniesione w 2014 r. przez Oddział na leczenie ubezpieczonych spoza województwa wielkopolskiego wyniosły 296.408 tys. zł. Były one o 0,01% większe niż w 2013 r. Środki te wydatkowano na leczenie szpitalne (79,1% środków), ambulatoryjną opiekę specjalistyczną (5,7% środków), opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień (4,6% środków), świadczenia zdrowotne kontraktowane oddzielnie (4% środków), rehabilitację leczniczą (3,1% środków). Pozostałe 3,4% środków przeznaczono na leczenie stomatologiczne, opiekę paliatywną i hospicyjną, opiekę długoterminową, podstawową opiekę zdrowotną i koszty profilaktycznych programów zdrowotnych pacjentów spoza województwa wielkopolskiego.

(dowód: akta kontroli str.663)

Oddział zapewnił w 2014 r. dostęp do wybranych świadczeń opieki zdrowotnej⁸ w 27 powiatach województwa wielkopolskiego spośród ogółem 35. W ośmiu powiatach nie zapewniono dostępu do stomatologicznej pomocy doraźnej. Stan ten poprawił się w porównaniu z 2013 r, w którym dostępu do ww. świadczeń zdrowotnych nie zapewniono w 14 powiatach województwa wielkopolskiego.

Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że spowodowane było to brakiem świadczeniodawców zainteresowanych udzielaniem świadczeń w ramach stomatologicznej pomocy doraźnej na obszarze tych powiatów (przynależnych do subregionu kaliskiego⁹).

⁷ Liczba świadczeniobiorców określona, jako jest liczba osób, które skorzystały ze świadczeń w ramach któregoś z rodzaju świadczeń. Liczba świadczeniobiorców jest większa od liczby ubezpieczonych, ponieważ jeden ubezpieczony mógł skorzystać ze świadczeń w ramach kilku rodzajów świadczeń.

⁸ Dostęp do świadczeń w następujących zakresach: POZ (świadczenia lekarza POZ, oraz świadczenia pielęgniarki POZ) profilaktyczne programy zdrowotne finansowane ze środków Funduszu (program profilaktyki raka szyjki macicy, program profilaktyki raka piersi; w obu przypadkach etapy podstawowe), leczenie stomatologiczne (świadczenia ogólnostomatologiczne, świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia, świadczenia ortodoncji dla dzieci i młodzieży świadczenia protetyki stomatologicznej świadczenia stomatologicznej pomocy doraźnej) oraz AOS (poradnie endokrynologiczne, rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym, rehabilitacja pulmonologiczna, rehabilitacja wzroku).

⁹ Województwo wielkopolskie podzielone zostało w ramach kontraktowania na pięć subregionów: kaliski (powiaty: m. Kalisz, jarociński, kaliski, kępiński, krotoszyński, ostrowski, ostrzeszowski i pleszewski), koniński (powiaty: m. Konin, kolski, koniński, słupecki i turecki), leszczyński (powiaty: m. Leszno, gostyński, kościański, leszczyński, rawicki i wolsztyński), pilski (powiaty:

W 2014 r. Oddział nie zakontraktował 133 zakresów świadczeń zdrowotnych spośród ogółem 398, w tym 97 zakresów świadczeń zdrowotnych w ramach leczenia szpitalnego, 23 - w ramach opieki psychiatrycznej, czterech - w ramach świadczeń odrębnie kontraktowanych, po trzy zakresy świadczeń zdrowotnych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i świadczeń stomatologicznych, dwa zakresy w ramach świadczeń rehabilitacyjnych i jeden - w ramach świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych. Oddział nie zakupił ww. świadczeń głównie ze względu na brak zgłoszeń podmiotów, które chciałyby je realizować oraz brak podmiotów spełniających wymagania potrzebne do udzielania tych świadczeń.

Dyrektor Oddziału stwierdziła, że Oddział Wielkopolski nie zidentyfikował istotnych (poza zakontraktowanymi) potrzeb zdrowotnych oraz zgłoszeń ze strony samych podmiotów zainteresowanych realizacją wybranych świadczeń i w zw. z tym nie zaplanował zakontraktowania dodatkowych usług np. z zakresów - hospitalizacja planowa, zespół opieki dziennej, świadczenia z rozszerzeniem dla dzieci itp.

(dowód: akta kontroli str.704-706, 715-718, 732-768)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena cząstkowa

W przeprowadzanych przez Oddział w 2014 r. konkursach na zakup świadczeń zdrowotnych zachowana została zasada konkurencyjności pomiędzy świadczeniodawcami. Prawidłowe działania Oddziału związane z kontraktowaniem zapewniły dostęp do wybranych świadczeń zdrowotnych prawie we wszystkich powiatach województwa wielkopolskiego. W ośmiu powiatach nie udało się zakontraktować stomatologicznej pomocy doraźnej. Przyczyną tego było w szczególności nierównomierne rozmieszczenie zasobów kadrowych systemu ochrony zdrowia.

3. Wykonanie planu zakupów świadczeń zdrowotnych oraz planu finansowego

3.1. Realizacja planu zakupów świadczeń

Opis stanu
faktycznego

Na koniec IV kwartału 2014 r. na udzielenie świadczeń zdrowotnych oczekiwało 426.265 osób, tj. o 17.395 osób mniej niż na koniec 2013 r. Najwięcej osób oczekiwało na udzielenie świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (189.375 osób), a najmniej na świadczenia udzielane w poradni profilaktyki chorób piersi (jedna osoba). W 2014 r. największy wzrost (o 11.444) w porównaniu z 2013 r. dotyczył liczby osób oczekujących na udzielenie świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza, a największy spadek (o 14.384) dotyczył liczby osób oczekujących na udzielenie świadczeń w rodzaju leczenie stomatologiczne.

Analiza czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń w piętnastu poradniach lub oddziałach szpitalnych o najdłuższej medianie czasu oczekiwania, w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) i leczenia szpitalnego (SZP) wykazała, że w porównaniu do końca IV kwartału 2013 r.

- w przypadkach pilnych średni czas oczekiwania wydłużył się w 50% poradni i oddziałów (hematologicznej - o 13 dni, chorób naczyń - o 14 dni, chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci o - 44 dni, urazowo-ortopedycznej - o 3 dni i naczyniowej - o 1 dzień), a skrócił się w pozostałych poradniach i oddziałach (nadciśnienia tętniczego - o 26 dni, chorób płuc dla dzieci - o 3 dni, endokrynologicznej - o 6 dni, kardiologicznym dla dzieci - o 28 dni i otolaryngologicznym dla dzieci - o 19 dni);
- w przypadkach stabilnych średni czas oczekiwania wydłużył się w 90% poradni i oddziałów (endokrynologicznej dla dzieci - o 153 dni, chorób metabolicznych dla dzieci - o 121 dni, genetycznej - o 52 dni, endokrynologicznej - o 42 dni, chorób naczyń - o 11 dni, chirurgii urazowo-ortopedycznej - o 279 dni, chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci - o 155 dni, otolaryngologicznym dla dzieci - o 70 dni i reumatologicznym - o 38 dni), a skrócił się w oddziale alergologicznym dla dzieci (o 35 dni).

Według stanu na koniec IV kwartału 2014 r. najdłużej oczekiwano na udzielenie świadczenia, w przypadkach stabilnych, w poradni endokrynologicznej dla dzieci - 231 dni (o 153 dni dłużej niż na koniec IV kw. 2013 r.), a najkrócej w poradni chorób naczyń - 116 dni (o 11 dni krócej niż na koniec IV kw. 2013 r.), przy czym połowa pacjentów tych poradni oczekiwała na udzielenie świadczeń krócej niż odpowiednio: 161,3 dni i 96,2 dni. W przypadkach pilnych pacjenci najdłużej oczekiwali na udzielenie świadczenia w poradni hematologicznej – 28 dni (o 13 dni dłużej niż na koniec IV kw. 2013 r.), a najkrócej w poradni nadciśnienia tętniczego – 2 dni (o 26 dni krócej niż na koniec IV kw. 2013 r.), przy czym połowa pacjentów poradni hematologicznej i nadciśnienia tętniczego oczekiwała na udzielenie świadczeń krócej niż odpowiednio: 22,7 dni i 28,3 dni. W ramach leczenia szpitalnego w przypadkach stabilnych najdłużej na koniec IV kw. 2014 r. oczekiwano na leczenie na oddziale chirurgii urazowo-ortopedycznej - 559 dni (o 279 dni dłużej niż na koniec IV kw. 2013 r.), a najkrócej na oddziale reumatologicznym - 153 dni (o 38 dni dłużej niż na koniec IV kw. 2013 r.). Połowa pacjentów oczekiwała na leczenie w tych oddziałach krócej niż odpowiednio: 454,1 i 136,3 dni. W przypadkach pilnych czas oczekiwania na leczenie był najdłuższy w oddziale chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci i wyniósł 248 dni (o 44 dni dłużej niż na koniec IV kw. 2013 r.). Na koniec IV kw. 2014 r. w oddziale kardiologicznym dla dzieci, pacjenci nie czekali na leczenie (na koniec IV kw. 2013 r. czas oczekiwania wynosił 28 dni). Połowa pacjentów tych oddziałów oczekiwała na leczenie krócej niż odpowiednio: 248 i 78 dni.

(dowód: akta kontroli str. 649, 664-670)

Liczba zakontraktowanych na 2014 r. przez Oddział jednostek rozliczeniowych w ramach AOS i LSZ w piętnastu poradniach i oddziałach o najdłuższej medianie czasu oczekiwania, była o 10% większa niż w 2013 r. dla przypadków stabilnych i o 13% mniejsza niż w 2013 r. dla przypadków pilnych. Badanie wykazało, że:

- zakontraktowaniu mniejszej liczby jednostek rozliczeniowych w siedmiu poradniach i oddziałach¹⁰ towarzyszyło wydłużenie czasu oczekiwania na udzielenie w nich świadczeń,

¹⁰ Przypadki stabilne: poradnie-endokrynologiczna dla dzieci, genetyczna, chorób naczyń, oddziały-chirurgii urazowo-ortopedycznej; Przypadki pilne: poradnie-hematologiczna, chorób naczyń, oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej.

- pomimo zakontraktowania większej liczby jednostek rozliczeniowych w siedmiu poradniach i oddziałach¹¹ nie skrócił się czas oczekiwania na udzielenie w nich świadczeń (czas ten wydłużył się),
- zakontraktowanie większej liczby jednostek rozliczeniowych w czterech poradniach i oddziałach¹² skutkowało skróceniem czasu oczekiwania na udzielenie w nich świadczeń,
- czas oczekiwania na udzielenie świadczeń w dwóch poradniach i oddziałach¹³ skrócił się pomimo zakontraktowania mniejszej liczby jednostek rozliczeniowych.

Dyrektor wyjaśniła, że zwiększenie nakładów nie spowodowało zmniejszenia czasu oczekiwania w kolejce, ponieważ Oddział nie ma wpływu na liczbę osób, zapisanych przez lekarzy do kolejki oczekujących.

(dowód: akta kontroli str.649, 651-652, 718-719)

Odsetek świadczeniodawców przekazujących informacje o liczbie osób oczekujących i czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia wzrósł z 96% w styczniu 2014 r. do 98% w grudniu 2014 r. Informacje dotyczące list osób oczekujących na świadczenie opieki zdrowotnej Oddział wykorzystywał w toku prowadzenia analiz do planowanych zwiększeń środków finansowych w wybranych zakresach świadczeń.

Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że sama lista osób oczekujących nie stanowi indywidualnego parametru decydującego o zwiększeniu wartości umów, jest ona jednym z wyznaczników, między innymi obok poziomu rzeczywistego wykonania świadczeń czy specyfiki realizowanych usług (ICD 10; ICD 9), przy podejmowaniu decyzji o zmianie przedmiotu umowy.

(dowód: akta kontroli str. 657-658, 719-720)

W 2014 r. w województwie wielkopolskim miały miejsce 252 przypadki zaprzestania udzielania świadczeń przez świadczeniodawców, z czego:

- w 102 przypadkach w wyniku cesji umowy,
- w 78 przypadkach w wyniku rozwiązania umowy na wniosek świadczeniodawcy,
- w 48 przypadkach w wyniku rozwiązania umowy na wniosek NFZ (w tym 30 w wyniku zmiany przepisów),
- w 8 przypadkach na skutek nieustalenia kwoty zobowiązania albo warunków finansowania umowy,
- w 9 przypadkach bez wypowiedzenia umowy, w wyniku m. in. zgonu trzech świadczeniodawców,
- w 7 przypadkach na skutek podania nieprawdziwych informacji w ofercie.

W Oddziale nie funkcjonował mechanizm informacji przeznaczonej dla pacjentów o zakończeniu obowiązywania umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych, (czy to w całości, w danym jej punkcie, a także w miejscu udzielania świadczeń). Oddział począwszy od końca czerwca 2013 r. comiesięcznie analizował wszystkie obowiązujące umowy w zakresie ewentualnego ich rozwiązania w całości lub części, cesji, zmiany miejsca udzielania świadczeń, czy zmiany części kodu resortowego, które miały wpływ na aktualność danych udostępnianych w ogólnopolskim

¹¹ Przypadki stabilne: poradnie-chorób metabolicznych dla dzieci, endokrynologiczna, oddziały-chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci, otolaryngologiczny dla dzieci, reumatologiczny; Przypadki pilne: oddziały-chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci, chirurgii naczyniowej.

¹² Przypadki stabilne: oddział alergologiczny dla dzieci; Przypadki pilne: poradnia endokrynologiczna; oddziały-kardiologiczny dla dzieci, otolaryngologiczny dla dzieci.

¹³ Przypadki pilne: poradnie-nadciśnienia tętniczego, chorób płuc dla dzieci.

informatorze o czasie oczekiwania na świadczenia medyczne. Wynikiem analizy było wyłączenie z publikacji informacji o świadczeniodawcach, którzy zaprzestali udzielania świadczeń.

W sytuacjach zaprzestania przez świadczeniodawców udzielania świadczeń Oddział podejmował działania polegające na: zwiększeniu wartości umowy innych realizatorów ww. świadczeń z terenu, na którym nastąpiło zaprzestanie udzielania świadczeń, informowaniu Wojewody Wielkopolskiego (organu rejestrującego podmiot leczniczy) o występowaniu utrudnień w dostępie do dokumentacji medycznej, codziennym przekazywaniu do Centrali NFZ raportów o listach oczekujących i o pierwszym wolnym terminie. Działała także bezpłatna infolinia, za pośrednictwem której świadczeniobiorcy byli informowani o dostępności do świadczeń zdrowotnych. Naczelnik Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej wyjaśniła, że świadczeniodawcy byli informowani przez Oddział o konieczności poinformowania pacjentów o zaprzestaniu udzielania świadczeń, ponieważ zgodnie z art. 20 ustawy o świadczeniach zdrowotnych, to świadczeniodawca posiada pełne dane teleadresowe pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia.

(dowód: akta kontroli str. 817-875)

W 2014 r. plan finansowy Oddziału w zakresie chemioterapii zrealizowany został w 97,8%. Oddział zawarł 32 umowy w zakresie chemioterapii o wartości 106.761,5 tys. zł, a wartość tych umów była o 6% większa niż w 2013 r. Na koniec 2014 r. wystąpiły zarówno tzw. nadwykonania tych umów na kwotę 675,8 tys. zł, (spadek o 26% w porównaniu z rokiem poprzednim), jak i niewykonania kontraktów na kwotę 29,1 tys. zł (spadek o 94% w porównaniu z rokiem poprzednim).

(dowód: akta kontroli str. 659)

3.2. Kontrola realizacji umów

Opis stanu faktycznego

Według stanu na dzień 29 czerwca 2015 roku Oddział zapłacił za wszystkie świadczenia, które nie były objęte limitami udzielanych świadczeń w roku 2014. Na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych za 2014 rok tj. na dzień 27 lutego 2015 roku Oddział posiadał nieopłacone świadczenia nieobjęte limitami umów na kwotę 290,5 tys. zł. Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że świadczenia w profilaktycznych programach zdrowotnych, finansowane przez NFZ zgodnie z treścią umowy do rzeczywistego poziomu realizacji, nie zostały opłacone przez Oddział w roku 2014 w związku z brakiem wystarczających środków w planie finansowym na 2014 rok, a świadczenia nielimitowane w lecznictwie szpitalnym nie zostały sfinansowane przez Oddział Funduszu, z uwagi na sprawozdanie dodatkowych usług przez świadczeniodawców po dniu, w którym ustalono wartości będące podstawą przygotowania aneksów bilansujących i rozliczających rok 2014. Za wszystkie nieopłacone świadczenia nieobjęte limitami umów Oddział zapłacił świadczeniodawcom zawierając z nimi ugody pozasądowe, a wcześniejsze zobowiązania w tym zakresie regulowane były w formie aneksów.

Badanie rozliczeń pięciu umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie ginekologia i położnictwo o wartości 58.815 tys. zł wykazało tzw. nadwykonania w kwocie 2.140,6 tys. zł. Oddział nie zapłacił za te świadczenia, ponieważ, jak wyjaśnił Naczelnik Wydziału Ekonomiczno-Finansowego, nie należą one do grupy świadczeń nielimitowanych, dlatego finansowane są tylko do wysokości zawartych umów. Dodał, że wydatkowanie większych środków niż zapisana w planie

stanowiłoby naruszenie dyscypliny finansów publicznych. Analizowani świadczeniodawcy nie występowali do sądu o zapłatę przez Oddział ww. nadwykonań.

(dowód: akta kontroli str.709-711, 730-731)

Oddział monitorował realizację umów i dokonał ich zmian w trakcie roku. Wartość umów na koniec IV kwartału 2014 r. była wyższa o 3.154.657,7 tys. zł niż na koniec I kwartału 2014 r. Wartość nadwykonań w tym okresie, liczona, jako suma nadwykonań w poszczególnych zakresach, zwiększyła się w pięciu¹⁴ spośród 13 badanych rodzajów świadczeń zdrowotnych: lecznictwo szpitalne o 251,7 tys. zł, rehabilitacja lecznicza o 3.425,3 tys. zł, opieka długoterminowa o 1.866,1 tys. zł, opieka paliatywna i hospicyjna o 1.750,5 tys. zł oraz profilaktyczne programy zdrowotne o 33,4 tys. zł.

Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że Oddział monitorował realizację umów w poszczególnych rodzajach i zakresach świadczeń w sposób ciągły i systematyczny (sprawozdania świadczeniodawców, sprawozdania wewnętrzne z realizacji świadczeń). Dodatkowo analizie podlega poziom realizacji umów, kolejki oczekujących oraz struktura realizowanych świadczeń: świadczenia ratujące życie oraz świadczenia ponad limitowe, a uzyskane w ten sposób dane omawiane były w trakcie kwartalnych spotkań z kierownikami podmiotów realizujących zawarte z Oddziałem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Badanie systemu informatycznego służącego przesyłaniu danych z realizacji świadczeń zdrowotnych wykazało, że weryfikował on automatycznie zawartość i strukturę raportów z realizacji świadczeń, przesyłanych przez świadczeniodawców.

(dowód: akta kontroli str. 671-675, 721-723, 812-816)

3.3. Realizacja planu finansowego

Opis stanu
faktycznego

Oddział przygotował prognozę planu finansowego na 2014 rok uwzględniając założenia i wytyczne przekazane przez Prezesa NFZ. Plan finansowy był sześciokrotnie zmieniany, przy czym czterokrotnie w odniesieniu do planu kosztów świadczeń zdrowotnych a dwukrotnie w odniesieniu do kosztów administracyjnych.

(dowód: akta kontroli str. 952-1067, 1171-1194)

Obowiązujący na 2014 rok plan kosztów świadczeń zdrowotnych Oddziału w stosunku do wysokości planu pierwotnego zwiększony został o kwotę 90.786,00 tys. zł. Zwiększenia w planie finansowym wynikały z decyzji Prezesa NFZ i dokonywane były po przeprowadzonych analizach dotychczasowego wykonania umów oraz bieżącej sytuacji finansowej Oddziału, przy uwzględnieniu przyjętych priorytetów kwartalnych i wynikających z pakietu onkologicznego i kolejkowego. Największego zwiększenia w planie finansowym¹⁵ o 75.649,00 tys. zł dokonano w celu zmniejszenia kolejek oczekujących oraz zwiększenie dostępności do świadczeń w zakresach onkologicznych, a nadto na opłacenie świadczeń „ratujących życie” zrealizowanych ponad umowę w latach 2012 i 2013 (m. in. w zakresach onkologicznych). Pozostałe zwiększenia¹⁶ planu finansowego związane były z zabezpieczeniem (w odniesieniu do lecznictwa szpitalnego) zapłaty za świadczenia nielimitowane zrealizowane do końca 2014 roku (14.429,00 tys. zł) oraz

¹⁴ Lecznictwo szpitalne, rehabilitacja lecznicza, opieka długoterminowa, opieka paliatywna i hospicyjna, profilaktyczne programy zdrowotne.

¹⁵ Zwiększenie planu z 30 grudnia 2014 r.

¹⁶ Zwiększenie planu z 18, 23 i 30 grudnia 2014 r.

zabezpieczeniem dotychczas poniesionych i planowanych do poniesienia w 2014 r. kosztów realizacji zadań wynikających z art. 97 ust.3 pkt. 3b ustawy o świadczeniach zdrowotnych (708,00 tys. zł).

(dowód: akta kontroli str. 952-1067, 1171-1174)

W trakcie 2014 r. w planie finansowym Oddziału wprowadzono osiem zmian polegających na przesunięciu środków pomiędzy jego poszczególnymi pozycjami. Siedem z tych zmian dotyczyło przesunięcia środków pomiędzy poszczególnymi pozycjami świadczeń zdrowotnych¹⁷. Każdorazowe przesunięcie środków poprzedzone było analizą m.in. w zakresie poniesionych kosztów oraz szacowanych kosztów rozliczeń migracyjnych, poziomu realizacji świadczeń nielimitowanych czy aktualnej wartości wolnych środków w poszczególnych rodzajach świadczeń zdrowotnych. Największe przesunięcia w planie¹⁸ wynikały z uruchomienia rezerwy¹⁹ w wysokości 274.593,00 tys. zł na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych, której celem było zabezpieczenie finansowania świadczeń udzielanych pacjentom z Wielkopolski na terenie innych oddziałów oraz z konieczności pełnego zabezpieczenia świadczeń nielimitowanych do przewidywanego poziomu realizacji w 2014r. w wysokości 45.329 tys. zł²⁰.

(dowód: akta kontroli str. 1012-1137)

W 2014 r. Oddział uzyskał przychody w kwocie 5.754.473,44 tys. zł i były one niższe niż uzyskane w 2013 roku o kwotę 56.740,43 tys. zł, tj. o 0,8%. Przychody pochodziły głównie ze składek na ubezpieczenia zdrowotne (5.593.783,00 tys. zł) oraz z dotacji z budżetu państwa na realizację zadań wynikających z ustawy o państwowym ratownictwie medycznym²¹ (145.151,37 tys. zł), co stanowiło odpowiednio 97,21% i 2,52% przychodów ogółem.

(dowód: akta kontroli str. 1153,1192)

Stan środków pieniężnych na początek 2014 r. wynosił odpowiednio 19.035,94 tys. zł i był o 1.373% wyższy w porównaniu do 2013 r. Natomiast na koniec 2014 r. stan środków pieniężnych był o 88,04% niższy w odniesieniu do 2013 r. i wyniósł 2.276,19 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 1148,1165,1205)

Należności krótkoterminowe²² Oddziału na początek i na koniec 2014 r. wynosiły odpowiednio 806,30 tys. zł i 1.319,35 tys. zł²³, w tym od świadczeniodawców odpowiednio: 625,20 tys. zł i 966,84 tys. zł. Należności te były wyższe niż w 2013 r. o odpowiednio: 3,90% i 63,63%, w tym od świadczeniodawców o odpowiednio: 11,10% i 54,65%. Oddział na koniec 2014 i 2013 r. nie posiadał należności długoterminowych. Natomiast na koniec 2014 r. należności sporne Oddziału wynikające z toczących się postępowań sądowych wynosiły 4.046,02 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 1152,1209,1280-1286,1701)

Na koniec 2014 r. należności wymagalne wobec Oddziału wyniosły 432,46 tys. zł i były większe od stanu zaległości na koniec 2013 r. o 337,67 tys. zł, tj. o 356,2%. Największe zaległości w kwocie 251,43 tys. zł dotyczyły niewyegzekwowanych od pacjentów należności z tytułu nieuprawnionego korzystania przez nich ze świadczeń

¹⁷ Korekty planu z 30 sierpnia i 25 września 2013 r., 27 marca, 30 maja, 29 września, 12 i 30 grudnia 2014 r.

¹⁸ Korekty planu z 30 sierpnia i 25 września 2013 r.

¹⁹ Stosownie do zarządzeniem nr 46/2013 Prezesa NFZ.

²⁰ Korekty planu z 30 sierpnia i 25 września 2013 r., 27 marca, 30 maja, 29 września, 12 i 30 grudnia 2014 r.

²¹ Ustawa z 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, Dz.U. z 2013 r., poz. 757 ze zm.

²² Wg danych ze sprawozdania FM-01.

²³ Po uwzględnieniu odpisów aktualizacyjnych, które na koniec 2013 i 2014 r. wyniosły odpowiednio 4.737,60 tys. zł i 6.332,78 tys. zł.

zdrowotnych, w tym w kwocie 164,71 tys. zł z tytułu roszczeń regresowych wskutek korzystania ze świadczeń zdrowotnych udzielanych na terenie innych państw członkowskich bez uprawnień do korzystania z nich. Badanie należności Oddziału na kwotę 432,46 tys. zł nie wykazało przypadków zaniechania ich poboru. Wobec wszystkich zalegających z zapłatą Oddział podjął stosowne działania windykacyjne.

(dowód: akta kontroli str. 1266-1279,1288-1293)

W toku kontroli realizacji umów i refundacji leków w 2014 roku Oddział zakwestionował świadczenia zdrowotne w kwocie 12.500,81 tys. zł oraz nałożył kary umowne w wysokości 1.560,54 tys. zł. Do I półrocza 2015 r. Oddział w wyniku podjętych działań windykacyjnych odzyskał należności na kwotę 5.582,12 tys. zł, co stanowiło 40% ww. należności. W odniesieniu do należności w kwocie 119,33 tys. zł przypadających od dwóch świadczeniodawców, którym zakwestionowano świadczenia zdrowotne, Oddział na wniosek tych świadczeniodawców, rozłożył należności na raty. Ulgi w spłacie należności dokonano zgodnie z zasadami wynikającymi z procedury windykacji należności, wprowadzonej zarządzeniem Prezesa NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 1236-1265)

W 2014 roku wartość świadczeń zdrowotnych udzielonych 7.697 świadczeniobiorcom nieubezpieczonym, spełniającym kryterium dochodowe²⁴ w Oddziale wyniosła 11.117,37 tys. zł. W porównaniu do 2013 roku liczba leczonych osób wzrosła o 1.988, tj. o 34,82%, a spadła o 250,98 tys. zł (2,21%) wartość świadczeń udzielonych świadczeniobiorcom nieubezpieczonym, spełniającym kryterium dochodowe. Środki przekazane z budżetu państwa (za pośrednictwem Centrali NFZ) w pełni pokryły koszty tych świadczeń. Zapotrzebowanie na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane tej grupie świadczeniobiorców opierało się w odniesieniu do III kwartałów na faktycznie poniesionych kosztach a za IV kwartał na procentowym wskaźniku odchyień pozyskanym dzięki porównaniu wydatków w analogicznych miesiącach ubiegłego roku.

(dowód: akta kontroli str.1294-1300)

Koszty Oddziału w 2014 r. wyniosły 5.806.658,92 tys. zł, co stanowiło 99,39% planu, przy czym koszty świadczeń zdrowotnych wyniosły 5.629.742,00 tys. zł (tj. 99,71% planu). W porównaniu do 2013 r. koszty były wyższe o 87.480,17 tys. zł, tj. o 1,53%, w tym koszty świadczeń zdrowotnych wzrosły o 81.807,84 tys. zł, tj. o 1,44%. Przekroczenie planowanych kosztów świadczeń zdrowotnych wystąpiło w związku z przekroczeniem o 349,71 tys. zł planowanych kosztów refundacji cen leków (ustalonych na poziomie 700.727,00 tys. zł). Koszty w tej pozycji planu finansowego zostały przez Oddział oszacowane zgodnie z art. 74 ustawy z 12 maja 2011 r. o refundacji środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, zgodnie z którym wysokość środków na refundację w 2014 r. była określona w sposób stały i mogła być jedynie równa kwocie wydatków poniesionych przez Fundusz na ten cel w 2011 r. Jak wyjaśnił Kierownik Działu Planowania i Analiz Ekonomicznych Wydziału Ekonomiczno-Finansowego, *Oddział nie ma wpływu na poziom refundacji leków, a obowiązujące przepisy prawa nie stwarzały żadnej podstawy do odmowy zapłaty za zestawienia refundacyjne złożone przez apteki z uwagi na niewystarczającą wysokość środków finansowych będących w dyspozycji Oddziału. Bowiem Oddział na podstawie przedłożonych przez aptekę*

²⁴ O których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach zdrowotnych

zbiorczych zestawień recept i informacji wymaganych na mocy ustawy dokonuje refundacji tym samym wartość realizowanych kosztów, w całości zależna jest od zapotrzebowania rynkowego w danym roku. Natomiast wielkość i skalę refundacji za m-c grudzień 2014 r., Oddział mógł w pełni ocenić dopiero po księgowym zamknięciu miesiąca (tj. 27 lutego 2015 r.) W tym czasie zgodnie z zaleceniem Centrali NFZ²⁵ wszelkie zmiany do planu finansowego roku 2014 można było dokonać najpóźniej w nieprzekraczalnym terminie do 29 grudnia 2014 r. tj. do momentu, kiedy pierwsze raporty rozliczeniowe z aptek za grudzień 2014 zaczęły dopiero służyć do Oddziału.

(dowód: akta kontroli str. 1153-1155,1210-1212,1683-1684)

Wartość niewykonanych świadczeń zdrowotnych na 2014 r. w ramach zawartych kontraktów wyniosła 5.950,21 tys. zł, (co stanowiło 0,26% kosztów świadczeń ogółem) i w stosunku do roku poprzedniego wzrosła o 5,17% (o 292,75 tys. zł). Największe kwoty niezrealizowanych²⁶ świadczeń dotyczyły leczenia szpitalnego - 2.639,95 tys. zł oraz opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień - 924,18 tys. zł (kwoty te wzrosły w porównaniu z 2013 r. o odpowiednio: 208,55% i 25,51%), a także ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – 1.359,58 tys. zł i leczenia stomatologicznego – 795,68 tys. zł (kwoty te zmniejszyły się o odpowiednio: 17,92% i 8,23% w porównaniu do roku poprzedniego). W odniesieniu do niewykonanych świadczeń zdrowotnych za 2014 r w ramach zawartych kontraktów Naczelnicy Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej i Wydziału Ekonomiczno-Finansowego wyjaśnili, iż „żadna nawet najbardziej aktywna działalność operacyjna świadczeniodawcy nie daje gwarancji, że pacjent skorzysta z usług danej placówki w tym zakresie i kiedy to nastąpi. Niemożliwy jest zatem więc taki podział środków w zawieranych kontraktach na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz taka ich realizacja po stronie świadczeniodawców, która zapewni 100% poziom ich wykonania. Stąd też, mimo prowadzonego monitorowania świadczeń oraz nadzoru i podjęcia działań zmierzających do jak najbardziej efektywnego wykorzystania środków finansowych w ramach umów, w sytuacji braku po stronie świadczeniodawcy woli umniejszenia wartości umowy z dniem jej całkowitego rozliczenia (brak akceptacji dla aneksu umniejszającego wartość umowy), powstały faktyczne niewykonania”.

(dowód: akta kontroli str. 1164,1221,1685)

Wg stanu na 23 stycznia 2015 r. świadczenia zdrowotne ponad ustalony na 2014 r. limit, wykonało 1.925 świadczeniodawców w kwocie 192.530,01 tys. zł, Jednocześnie 1.408 świadczeniodawców nie wykonało zakontraktowanych świadczeń na kwotę 53.877,57 tys. zł. Oddział dokonywał przebudowy kontraktów za 2014 rok celem dostosowanie ich planu rzeczowo-finansowego do faktycznego wykonania świadczeń poprzez przesunięcie środków w ramach poszczególnych zakresów zakontraktowanych świadczeń. Oddział finansował również świadczenia ponadumowne, w ramach wolnych środków, przyjmując różne formy płatności za świadczenia w zależności od specyfiki medycznej zrealizowanych usług i potrzeb zdrowotnych Wielkopolan.

²⁵ Zawartym w piśmie nr NFZ/CF/DEF/2014/077/0298/W/36324/MMA z 2 grudnia 2014 r.

²⁶ Ustalone dla poszczególnych zakresów świadczeń zdrowotnych dodatnie różnice pomiędzy kwotą zobowiązania umownego za 2014 r., wynikającą z zawartych kontraktów a wartością wykonanych przez świadczeniodawców świadczeń zdrowotnych i przyjętych przez NFZ do zapłaty (rozliczenia) za 2014 r.

W efekcie podjętych działań wartość ponadumownych świadczeń zdrowotnych i niewykonanych w 2014 r. świadczeń zdrowotnych zmalała w porównaniu do ww. stanu o odpowiednio: 58,0% i 88,96%.

(dowód: akta kontroli str. 1301-1608,1647)

Ostateczna wartość świadczeń zdrowotnych ponad limitowych za 2014 rok zrealizowanych przez 1.307 świadczeniodawców wyniosła 80.875,70 tys. zł, (co stanowiło 1,46% kosztów świadczeń ogółem) i w stosunku do roku poprzedniego była niższa o 111.654,31 tys. zł, tj. o 58,0%. Największe kwoty nadwykonań świadczeń zdrowotnych dotyczyły leczenia szpitalnego – 64.046,21 tys. zł oraz rehabilitacji leczniczej - 6.866,34 tys. zł (spadek o odpowiednio: 53,63% i 11,99% w porównaniu do roku poprzedniego).

(dowód: akta kontroli str. 1164,1221,1648)

Koszty administracyjne Oddziału poniesione w 2014 r. wyniosły 38.236,79 tys. zł, co stanowiło 87,42% planu. Najniższe wykonanie na poziomie odpowiednio: 50,94% i 57,73% planu dotyczyło kosztów usług obcych i pozostałych kosztów i było efektem niższych kosztów usług remontowych, telekomunikacyjnych i pocztowych, podróży służbowych, opłat czynszowych i dzierżawnych, jak również usług związanych z utrzymaniem i rozwojem systemu informatycznego i ubezpieczeń majątkowych. W 2014 r. nie najmowano dodatkowej powierzchni biurowej na potrzeby Oddziału.

W porównaniu do 2013 r. koszty administracyjne Oddziału spadły o 3,14%, przy czym wzrosły pozostałe koszty administracyjne o 41,6%, podatki i opłaty o 10,6% oraz zużycie materiałów o 5,5%. Spadły natomiast o 27,1% koszty amortyzacji środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych.

(dowód: akta kontroli str. 1153-1155,1210-1212,1697)

Badaniem objęto koszty w kwocie 2.924,81 tys. zł z tytułu usług obcych oraz pozostałych kosztów (tj. 65,01% ogółu tych kosztów) i stwierdzono, że poniesione zostały one na bieżącą działalność oraz cele związane z realizacją zadań NFZ. Zapłaty za wykonane usługi ponoszone były w terminach i wysokościach wynikających z wcześniej zaciągniętych zobowiązań. Transakcji zakupu usług dokonywano w sposób zapewniający uzyskanie najlepszych efektów przy założonym planie finansowym, dokonując wyboru (kontrahentów (usługobiorców) w trybach przewidzianych w ustawie z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych²⁷.

(dowód: akta kontroli str. 1686-1696)

Rzeczowy plan wydatków inwestycyjnych Oddziału na 2014 r. ustalony na poziomie 4.930 tys. zł został zrealizowany w kwocie 4.597,01 tys. zł, tj. w 93,25%. Największy udział w wydatkach inwestycyjnych wynoszący 75,41% stanowiło doposażenie Oddziału w sprzęt komputerowy i rozbudowanie infrastruktury sieciowej (serwery, urządzenia sieciowe, komputery). Nie dokonywano zakupu lub zbycia nieruchomości.

(dowód: akta kontroli str. 1615-1654)

Koszty wynagrodzeń pracowników Oddziału w 2014 r. wynosiły 22.735,64 tys. zł (tj. 99,97% planu) i były wyższe (o 0,78%) niż w 2013 r. Udział tych kosztów w kosztach administracyjnych Oddziału wyniósł 68,18%.

(dowód: akta kontroli str. 1655)

²⁷ Dz.U. z 2013 r. poz. 907 ze zm.

Przeciętne zatrudnienie w Oddziale²⁸ w 2014 r. wyniosło 363,84 osoby (przy planowanych 380) i było niższe w porównaniu z 2013 r. o 0,5%. Przeciętne miesięczne wynagrodzenie¹⁸ wynoszące w 2014 r. 5.180,06 zł wzrosło w porównaniu z 2013 r. o 1,25%, przy czym przeciętne wynagrodzenie kadry kierowniczej²⁹ Oddziału wzrosło o 24,6% (przy spadku przeciętnego zatrudnienia w tej grupie). Wzrost przeciętnego wynagrodzenia kadry kierowniczej był wynikiem wypłaconych nagród i dodatków stażowych, które wzrosły w porównaniu z 2013 r. odpowiednio o: 31,5% i 11,8% oraz wypłaty ekwiwalentu pieniężnego za urlop wypoczynkowy pracownikowi, z którym ustał stosunek pracy.

(dowód: akta kontroli str. 1655-1657)

Na koniec 2014 r. stan zobowiązań krótkoterminowych Oddziału wynosił 446.103,05 tys. zł i był wyższy o 27.779,08 tys. zł, tj. o 6,64% od stanu tych zobowiązań na koniec 2013 r. Zobowiązania długoterminowe na koniec 2014 r. wynosiły 11,49 tys. zł³⁰ i dotyczyły wniesionego przez wykonawców zabezpieczenia należytego wykonania umowy w ramach działalności inwestycyjnej.

(dowód: akta kontroli str. 1151,1208,1701)

Oddział nie posiadał zobowiązań wymagalnych wobec podmiotów zewnętrznych³¹. Nie wystąpiły również przypadki zajęć komorniczych, czy zapłaceniami przez Oddział kar umownych. W 2014 r. Oddział wydatkował kwotę 7.784,64 tys. zł na uregulowanie odsetek od zasądzonych kwot z tytułu świadczeń ponad umownych wynikających z zawartych ugód sądowych oraz wyroków sądowych, oraz kwotę 0,22 tys. zł³² z tytułu odsetek za zwłokę w zapłacie zobowiązań.

(dowód: akta kontroli str. 1660-1668, 1698-1700)

Przeciwko Oddziałowi prowadzone były postępowania sądowe o wartości roszczeń finansowych w kwocie 109.331,02 tys. zł, z tego z tytułu ponad umownych świadczeń zdrowotnych w kwocie 95.738,31 tys. zł i z tytułu innych świadczeń zdrowotnych w kwocie 13.592,71 tys. zł³³. W 2014 r. Oddział został zobowiązany do zapłaty zobowiązań w kwocie 29.345,37 tys. zł wynikających z zawartych ugód sądowych oraz wyroków sądowych, z tego w kwocie 25.841,65 tys. zł z tytułu ponad umownych świadczeń zdrowotnych za lata 2010 – 2012 oraz w kwocie 3.503,71 tys. zł z tytułu innych świadczeń zdrowotnych.

(dowód: akta kontroli str. 1669-1680)

Ustalone
nieprawidłowości

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

Ocena częściowa

Oddział podejmował prawidłowe działania w celu pełnego wykorzystania środków przewidzianych w planie finansowym na zakup świadczeń i monitorował realizację umów o udzielenie świadczeń. Skutkiem tego były m.in. wprowadzane do nich zmiany, służące dostosowaniu planów rzeczowo-finansowych do faktycznego wykonania zakontraktowanych świadczeń zdrowotnych. Pomimo tych działań oraz większych niż w 2013 r. nakładów na realizację świadczeń zdrowotnych nie polepszył się dostęp do tych świadczeń mierzony czasem oczekiwania na ich udzielenie.

²⁸ W przeliczeniu na pełne etaty.

²⁹ Dyrektor i Z-cy Dyrektora Oddziału

³⁰ Na koniec 2013 r. zobowiązania długoterminowe w WOWNFZ nie wystąpiły

³¹ Wg stanu na 31 grudnia 2014 r.

³² Zapłatą odsetek z tego tytułu w kwocie 217,85 zł zostali obciążeni pracownicy Oddziału.

³³ Dane wg stanu na 31 grudnia 2014 r.

4. System kontroli świadczeniodawców oraz system kontroli wewnętrznej

Opis stanu faktycznego

Oddział przeprowadził w 2014 r. 130 kontroli świadczeniodawców (3,9% ogółu),³⁴ w tym 78 kontroli planowych³⁵, 28 doraźnych i 24 koordynowane. Kontrole obejmowały 12 rodzajów świadczeń, w tym najczęściej kontrolowane były: leczenie szpitalne (45), stomatologia (20) oraz ambulatoryjna opieka specjalistyczna (19)³⁶. Wartość skontrolowanych umów wyniosła 774.002,8 tys. zł, co stanowiło 13,8% wartości kosztów świadczeń zdrowotnych na 2014 r. Kontrole najczęściej prowadzono w następujących rodzajach świadczeń: leczenie szpitalne, ambulatoryjna opieka specjalistyczna i stomatologia³⁷. Skutki finansowe wszystkich ww. kontroli (wynikające z wystąpień pokontrolnych) wynosiły 13.919,6 tys. zł, w tym 1.451,9 tys. zł z tytułu kar umownych i 12.458,7 tys. zł z tytułu zakwestionowania świadczeń.

Jak podała Dyrektor Oddziału, objęcie kontrolą tylko 3,9% świadczeniobiorców było wynikiem zbyt małej liczby kontrolujących, a dodatkowo nieadekwatnej liczby kontrolerów - lekarzy. Jako bariery uniemożliwiające prowadzenie większej liczby kontroli wskazała: niemożność spełnienia oczekiwań placowych osób aplikujących do pracy w kontroli, w szczególności lekarzy, konieczność udziału kontrolerów w przygotowywaniu obszernych materiałów badawczych dla organów ścigania, które nie były objęte kontrolą, wzrost liczby pozwów składanych przez świadczeniodawców (w tym niezwiązanych z kontrolami), implikujących opracowanie przez pracowników kontroli opinii do tych pozwów, konieczność składania zeznań przez kontrolerów w trakcie postępowań prowadzonych przez organy ścigania i sądy w sprawach, w których Oddział złożył zawiadomienia, wzrost liczby środków zaskarżenia składanych na każdym etapie kontroli przez profesjonalne kancelarie prawne.

(dowód: akta kontroli str. 728-729, 876-889, 898)

Liczba zatrudnionych w Oddziale kontrolerów zmniejszyła się z 26 etatów na koniec 2013 r. do 23 etatów na koniec 2014 r.³⁸, Oddział w 2014 r. nie ogłaszał naborów na stanowiska kontrolerskie.

(dowód: akta kontroli str. 276-285, 890)

Plan kontroli świadczeniodawców³⁹ na 2014 r. obejmował 58 kontroli, z czego 36 dotyczyło prawidłowości realizacji umów⁴⁰, 20 - rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej⁴¹ oraz dwie sprawdzające. Plan został sporządzony na podstawie

³⁴ z podziałem na rodzaje świadczeń liczba kontroli w 2014 r. wyniosła 132; liczba świadczeniodawców, którzy mieli zawarte umowy w 2014 r. z Oddziałem wyniosła 3.372.

³⁵ 21 z planu na 2013 r. i 57 z planu na 2014 r.

³⁶ Pozostałe rodzaje wg częstotliwości objęcia kontrolą to: POZ (11), REH (9), PSY, ZPO, RTM (po 6), PL, ASDK (po 2), OPH i PRO (po 2)

³⁷ Odpowiednio w tych rodzajach przeprowadzono w 2014 r. 48, 22 i 20 kontroli.

³⁸ Zatrudnienie w Wydziale Świadczeń Opieki Zdrowotnej.

³⁹ W rodzajach świadczeń: RTM (2), SZP (23, w tym 4 w ramach programów zdrowotnych - lekowych), OPH (2), STM (9), PSY (2), POZ (2), AOS (11), REH (3), ZPO (4)

⁴⁰ W tym: ocena dostępności do świadczeń, ocena prawidłowości realizacji świadczeń w stosunku do pacjentów hospitalizowanych w oddziałach chirurgii ogólnej, rozliczanych według grupy JGP zachowawcze, prowadzenie list oczekujących, organizacja udzielania świadczeń, raporty i zlecenia ZPO,

⁴¹ W tym zasadności oznakowania ich, jako „ratujące życie”, kwalifikowania w oparciu o skalę punktacji stanu pacjenta TISS-28, zasadności rozliczania świadczeń grupami F42, PO7

analiz⁴² obejmujących obszary ryzyka, analiz raportów statystycznych świadczeniodawców oraz propozycji świadczeniodawców wytypowanych do kontroli przez poszczególne komórki Oddziału.

W 2014 r. Oddział przeprowadził 57 kontroli, w tym 50 zakończonych zostało wystąpieniem pokontrolnym. W wyniku przeprowadzonych 50 kontroli umów o wartości 207.620,2 tys. zł Oddział zakwestionował świadczenia o wartości 3.837,2 tys. zł, w tym z roku 2014 r. – 13.009,95 zł i z lat wcześniejszych – 3.824,2 tys. zł, przede wszystkim z powodu błędnego lub niezasadnego sprawozdawania i rozliczania świadczeń. Nieprawidłowości dotyczyły głównie takich rodzajów świadczeń jak: leczenie szpitalne, ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne⁴³. Kary nałożone przez Oddział na 46 świadczeniodawców wyniosły 228 575,06 zł. Odzyskane kwoty z tytułu nienależnie przekazanych środków finansowych wynosiły 2.516.567,19 zł oraz z tytułu kar – 216.526,91 zł. Wobec należności przypadających od trzech świadczeniodawców w kwocie 9.398,24 zł Oddział podjął czynności windykacyjne.

(dowód: akta kontroli str. 213-248, 876-889)

W wyniku kontroli nr 15OW/107/2013⁴⁴ zakończonej wystąpieniem pokontrolnym z 28 kwietnia 2014 r. stwierdzono kłamstwo ofertowe, skutkujące uznaniem części umowy za nieważną, zakwestionowaniem świadczeń i żądaniem zwrotu środków finansowych w kwocie 176,25 tys. zł. W związku z tym ustaleniem oraz przedawnieniem jego karalności już w momencie rozpoczęcia czynności kontrolnych, Oddział nie zawiadamiał organów ścigania o podejrzeniu popełnienia wykroczenia.

(dowód: akta kontroli str. 271-275, 876-889)

Na podstawie czterech wybranych postępowań kontrolnych ustalono, że Oddział monitorował wykonanie wydanych zaleceń pokontrolnych.

Spośród zakończonych w 2014 r. 50 kontroli świadczeniodawców, 39 dotyczyło m.in. prowadzenia list oczekujących. Uchybienia w tym zakresie⁴⁵ Oddział stwierdził u 20 świadczeniodawców.

Wyniki dziewięciu kontroli zakończonych wystąpieniami pokontrolnymi w 2014 r. ujawniły brak realizacji świadczeń wykazanych w rozliczeniach z NFZ (w tym w 4 przypadkach udzielone świadczenia rozliczone zostały po zgonie pacjentów). We wszystkich tych przypadkach Oddział zawiadomił organa ścigania o istnieniu przesłanek uzasadniających popełnienie czynu karalnego. Ponadto Oddział zawiadomił organa ścigania o dwóch świadczeniodawcach podejrzanych o popełnienie ww. czynu, ujętych w planie kontroli na 2014 r., u których nie było możliwości przeprowadzenia kontroli.

(dowód: akta kontroli str. 249, 262-275, 286-287, 876-889)

W 2014 r. zespół kontroli wewnętrznej Oddziału zrealizował 13 kontroli, (w tym dziewięć zaplanowanych), dotyczących m. in.: sporządzania w 2013 r. aneksów do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, wydawania zgód na indywidualne rozliczanie w ramach umów

⁴² Analizy przeprowadzał w okresie od 14.11.2013 r. do 13.12.2013 r. zespół ds. opracowania planu kontroli na 2014 r. powołany zarządzeniem nr 201/2013 Dyrektora Oddziału z 14.10.2013 r.

⁴³ W odpowiednio 15, 10, 9 i 4 przypadkach

⁴⁴ Dotyczącej umowy zwartej w 2011 r. w zakresie świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dorosłych, świadczenia terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu; świadczenia terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych innych niż alkohol o wartości w 2014 r. 260 tys. zł

⁴⁵ Prowadzenie list oczekujących w sposób naruszający przepisy prawa lub nieprowadzenie list oczekujących

świadczeń zdrowotnych, przestrzegania procedury poprzedzającej zawarcie umowy na pomoc doraźną, sporządzania projektu planu finansowego Oddziału na 2013 r., windykacji należności realizowanych w II półroczu 2013 r. W jednej z ww. kontroli dotyczącej wydawania zgód na indywidualne rozliczanie w ramach umów świadczeń zdrowotnych stwierdzono uchybienia formalne.

Rada Oddziału w 2014 r. nie podejmowała czynności o charakterze kontrolnym związanych z działalnością Oddziału.

(dowód: akta kontroli str. 276 – 285, 890)

W 2014 r. Oddział odrzucił 140 ofert w wyniku stwierdzenia niezgodności pomiędzy deklarowanym przez oferenta (świadczeniodawcę) stanem wyposażenia i kwalifikacji personelu medycznego, a stanem faktycznym i skierował do organów ścigania wnioski o wszczęcie postępowań w związku z podaniem przez oferentów „nieprawdziwych informacji” w postępowaniach konkursowych.

W 20 kontrolach zakończonych w 2014 r., ocenie Oddziału poddano potencjał wykonawczy świadczeniodawców. Oddział rozwiązał umowy z 14 świadczeniodawcami, w tym w siedmiu przypadkach z powodu przedstawienia przez świadczeniodawcę nieprawdziwych lub niezgodnych ze stanem faktycznym danych lub informacji mających istotny wpływ na zawarcie umowy.

(dowód: akta kontroli str. 249, 262-270, 891-897)

W 2014 r. do Oddziału wpłynęły 93 skargi dotyczące jakości udzielonych świadczeń zdrowotnych (stanu wyposażenia i kwalifikacji kadry medycznej). Sprawy związane z tymi skargami przekazane zostały do Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej celem podjęcia decyzji o przeprowadzeniu kontroli lub do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Lekarzy. Skarżących poinformowano także o możliwości złożenia skargi do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Lekarzy oraz wniosku do komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych.

Członkowie komisji prowadzili 433⁴⁶ wizytacje w trakcie procesu konkursu ofert lub rokowań prowadzonych w 2014 r. Wizytacjami objęto podmioty, które wcześniej nie miały zawartej umowy z Oddziałem lub które nie realizowały wcześniej zakresu świadczeń w dotychczasowej umowie.

Do Oddziału w 2014 r. wpłynęło 631 skarg na świadczeniodawców, z których 343 zostały rozpatrzone, 205 spraw pozostawiono bez rozpatrzenia⁴⁷, a 12 przekazano według właściwości do innych organów. Oddział z przekroczeniem terminu określonego w art. 237 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. kodeks postępowania administracyjnego⁴⁸ załatwił 34 sprawy (10% rozpatrzonych). Spowodowane było to zwłoką w uzyskaniu koniecznych informacji od świadczeniodawcy, reorganizacją i zmianami kadrowymi w wydziale udzielającym odpowiedzi oraz zaniedbaniem pracownika tego wydziału. Spośród 343 rozpatrzonych skarg, 93 dotyczyły ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, 79 leczenia szpitalnego, 64 podstawowej opieki zdrowotnej i 23 leczenia stomatologicznego. Wnoszący skargi wskazywali na: długi czas oczekiwania na świadczenie, trudności z dostępem do świadczeń oraz złą jakość świadczeń. Oddział poinformował skarżących o zasadności 64 skarg, częściowej zasadności 66 skarg oraz o bezzasadności 213 skarg (62% ogółu rozpatrzonych). W celu zmniejszania liczby wpływających skarg Oddział

⁴⁶ Z czego 394 to weryfikacje przeprowadzone w ramach Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej (w tym 268 u oferentów w rodzaju leczenia stomatologiczne), a 39 to wizytacje przeprowadzone przez Wydział Gospodarki Lekami (w tym u 32 oferentów w zakresie programów lekowych)

⁴⁷ Nie rozpatrywano skarg: anonimowych, zawierających braki formalne, przesłanych do wiadomości lub wycofanych.

⁴⁸ Dz.U. z 2013 r. poz. 267 ze zm.

przeprowadzał cykliczne szkolenia dla pełnomocników ds. pacjenta działających w szpitalach wojewódzkich, umieszczał na portalu internetowym komunikaty zawierające wyjaśnienia i informacje dotyczące obowiązujących przepisów w danym zakresie oraz udzielał informacji za pośrednictwem infolinii oraz poczty elektronicznej.

(dowód: akta kontroli str. 293-366, 725)

W 2014 r. Oddział przeprowadził sześć kontroli dotyczących zasadności ujmowania przez świadczeniodawców w rozliczeniach, świadczeń „ratujących życie”. W wyniku tych kontroli zakwestionowano środki finansowe w kwocie 5.231,1 tys. zł oraz nałożono kary umowne w kwocie 384,5 tys. zł⁴⁹.

(dowód: akta kontroli str. 290-292)

Uwagi dotyczące badanej działalności

Wobec istotnych ustaleń przeprowadzonych kontroli, wyrażających się znaczną kwotą zakwestionowanych środków finansowych, NIK zwraca uwagę, że Oddział dysponował w latach 2013-2014 niewykorzystanym limitem etatów. Pomimo tego nie były podejmowane działania mające na celu zwiększenia zatrudnienia w Wydziale Kontroli, co pozwoliłoby na objęcie kontrolą większej liczby świadczeniodawców.

(dowód: akta kontroli str. 728-729, 876-889, 898, 1704-1705)

Ocena częściowa

Oddział zrealizował w 2014 r. zaplanowane kontrole świadczeniodawców. Obszary objęte tymi kontrolami wynikały z przeprowadzonej w Oddziale analizy ryzyka wystąpienia nieprawidłowości w sposobie rozliczenia z NFZ udzielonych świadczeń zdrowotnych. Zrealizowane zostały także kontrole zaplanowane przez zespół kontroli wewnętrznej.

5. Wybrana sprawozdawczość finansowa oraz sprawozdawczość z realizacji zadań

Opis stanu faktycznego

Oddział sporządził 46 rodzajów sprawozdań i informacji za 2014 r., tj. wszystkie określone w planie pracy Oddziału na 2014 r. Za wyjątkiem dwóch z tych sprawozdań, pozostałe sporządzone zostały w terminach określonych w planie pracy lub przez Centralę NFZ: Sprawozdania roczne dotyczące spływu komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących list oczekujących oraz zachorowalności na choroby zakaźne przesłano z jednodniowym opóźnieniem wynikającym z oddelegowania pracownika oraz z oczekiwania na odpowiedź na zapytanie do Centrali w sprawie sprawozdania w dniu na jego złożenie.

Oddział terminowo sporządził sprawozdanie finansowe określone w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia⁵⁰. Biegły rewident, wydał pozytywną ocenę sprawozdania finansowego Oddziału za 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 367-419, 725-726, 1681-1682)

Ustalone nieprawidłowości

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

⁴⁹ w tym: 4 kontrole planowe, których efektem było zakwestionowanie zasadności przekazania środków finansowych na kwotę 668 tys. zł i nałożenie kar umownych w wysokości 42,5 tys. zł oraz dwie kontrole doraźne, których efektem było zakwestionowanie zasadności przekazania środków finansowych na kwotę 4 563,1 tys. zł i nałożenie kar umownych w wysokości 342 tys. zł

⁵⁰ Dz. U. Nr 294, poz. 1735 ze zm.

Ocena cząstkowa

Terminowo sporządzone przez Oddział sprawozdania za 2014 r. były kompletne i rzetelnie sporządzone.

6. Realizacja wniosków pokontrolnych

Opis stanu faktycznego

W 2013 r. NIK przeprowadziła w Oddziale kontrolę kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej⁵¹. Wnioski sformułowane w wyniku tej kontroli dotyczyły: zapewnienia stosowania wobec oferentów jednolitych kryteriów przy formułowaniu propozycji odnośnie liczby i wartości świadczeń opieki zdrowotnej w toku procesu negocjacyjnego, dokumentowania postępowań o zawarcie umów na realizację świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z obowiązującymi procedurami, w szczególności w zakresie wskazywania uzasadnień propozycji Oddziału odnoszącej się do liczby i wartości świadczeń, podjęcia działań zmierzających do zagwarantowania świadczeniodawcom możliwości złożenia w ustawowym terminie protestów na czynności w toku postępowania o zawarcie umów na realizację świadczeń opieki zdrowotnej, bieżącej aktualizacji publikowanych przez oddział danych o liczbie osób oczekujących na realizację świadczeń oraz rzetelnej weryfikacji ofert składanych w toku postępowań o zawarcie umów na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie deklarowanych wyników kontroli NFZ. Ustalenia niniejszej kontroli potwierdziły, realizację przez Oddział ww. wniosków pokontrolnych oraz rzetelne poinformowanie NIK o sposobie ich realizacji.

(dowód: akta kontroli str. 898-904)

Ustalone nieprawidłowości

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

Ocena cząstkowa

Oddział zrealizował wnioski pokontrolne, sformułowane przez NIK w 2013 r. po kontroli kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej i rzetelnie poinformował NIK o sposobie ich realizacji.

⁵¹ Zakończony wystąpieniem pokontrolnym nr LPO-4101-01-01/2013 z 22 maja 2013 r.

IV. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

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

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania
wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwagi 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.

Poznań, dnia 20 lipca 2015 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Poznaniu

Kontrolerzy
Grzegorz Wojtasz
specjalista kontroli państwowej

Dyrektor
z up. Tomasz Nowiński
wicedyrektor

.....
Podpis

.....
podpis

Paweł Siuda
specjalista kontroli państwowej

.....
Podpis