



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Departament Zdrowia

KZD.410.007.01.2019

Adam Niedzielski
Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
Narodowy Fundusz Zdrowia - Centrala
02-390 Warszawa
ul. Grójecka 186

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/19/061 Dostępność opieki długoterminowej finansowanej ze środków NFZ

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia, 02-390 Warszawa, ul. Grójecka 186
Kierownik jednostki kontrolowanej	Adam Niedzielski, Prezes, od 11 października 2019 r. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnili: – Adam Niedzielski, p.o. Prezesa, od 18 lipca 2019 r. do 10 października 2019 r., – Andrzej Jacyna, Prezes, od 15 czerwca 2018 r. do 17 lipca 2019 r., – Andrzej Jacyna, p.o. Prezesa, od 14 marca 2016 r. do 14 czerwca 2018 r. (akta kontroli str. 4-20)
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Tworzenie warunków dla rozwoju opieki długoterminowej w celu zaspokojenia potrzeb w tym zakresie. 2. Nadzór nad kontraktowaniem świadczeń oraz realizacją umów w zakresie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.
Okres objęty kontrolą	Lata 2017 – 2018 oraz I półrocze 2019 r., z uwzględnieniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeśli miały wpływ na okres objęty kontrolą
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ¹
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia
Kontrolerzy	1. Agnieszka Kalita, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr KZD/45/2019 z 27 września 2019 r., 2. Tomasz Marcin Grudziński, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr KZD/46/2019 z 30 września 2019 r., 3. Tomasz Stawicki, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr KZD/47/2019 z 4 października 2019 r. (akta kontroli str. 1-3)

¹ Dz. U. z 2019 r. poz. 489, ze zm., dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna² kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Prezes Funduszu koordynował oraz monitorował proces przygotowania i realizacji planu finansowego oraz planów zakupu świadczeń opieki długoterminowej przez oddziały wojewódzkie NFZ. Nie doprowadzono jednak do zmniejszenia różnic w nakładach na opiekę długoterminową i dostępności świadczeń w tym zakresie w poszczególnych regionach kraju.

Opieka długoterminowa w warunkach domowych w 2017 r. i latach następnych została zaliczona do priorytetów zdrowotnych. Nie ustalono natomiast wartości bazowych i docelowych mierników realizacji zadań w tym obszarze, co pozwoliłoby na jednoznaczną ocenę stopnia ich realizacji.

W badanym okresie, zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej³, nie istniał wymóg sprawozdawania danych o czasie oczekiwania i liczbie oczekujących do świadczeń opieki długoterminowej, co utrudniało ocenę stopnia zapewnienia dostępu do świadczeń w tym rodzaju. Corocznie zwiększały się koszty ponoszone na świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej: w 2017 r. wzrosły o 14,3% w stosunku do roku poprzedniego, w 2018 r. o 10,1% oraz w 2019 r. o 14,5%⁴. Biorąc pod uwagę, że w tym samym czasie zmieniał się sposób wyceny świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, wzrost nakładów nie przełożył się wprost na przyrost liczby świadczeń i zaspokojenie potrzeb w tym zakresie. Liczba udzielonych świadczeń opieki długoterminowej w 2018 r. w stosunku do roku poprzedniego wzrosła o 2,9%, w tym o 1,9 w pielęgniarstwie domowym oraz 1,8% w odniesieniu do świadczeń udzielanych w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej⁵ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Tworzenie warunków dla rozwoju opieki długoterminowej w celu zaspokojenia potrzeb w tym zakresie

Opis stanu faktycznego

Plany finansowe Funduszu, zrównoważone w zakresie przychodów i kosztów, były sporządzane przez Prezesa NFZ, a następnie po zaopiniowaniu m.in. przez Radę Funduszu, zatwierdzane przez Ministra Zdrowia. Centrala NFZ zwracając się do dyrektorów oddziałów wojewódzkich o sporządzenie projektów planów OW na kolejne lata 2017-2019, w założeniach przedkładanych do planu finansowego przekazywała m.in. istotne wytyczne dotyczące kosztów świadczeń zdrowotnych w poszczególnych zakresach, w tym świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. W założeniach do sporządzenia planów na kolejne lata wskazywano m.in. na konieczność uwzględnienia skutków zmian taryf świadczeń gwarantowanych wynikających z obwieszczeń Prezesa Agencji Oceny

² Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

³ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, ze zm.

⁴ Koszty świadczeń według wykonania planu finansowego w poz. B2.6 „Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej” wzrosło z 1.296,0 mln zł w 2016 r. do 1.480,9 mln zł w 2017 r. i do 1.629,9 mln zł w 2018 r., zaś na 2019 r. zaplanowano koszty w wysokości 1.865,9 mln zł (wykonanie w I połowie 2019 r. wyniosło 853,1 mln zł).

⁵ Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

Technologii Medycznych i Taryfikacji w rodzaju świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, wytycznych dotyczących zwiększenia ceny za punkt za świadczenia udzielane w pielęgniarstwie w opiece domowej oraz w zakładzie opiekuńczo-leczniczym / zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym (dalej: „ZOL/ZPO”)⁶ oraz wprowadzenia nowego wskaźnika korygującego dla świadczeń dla pacjentów z chorobą AIDS i zakażonych HIV.

Analiza propozycji do planów finansowych składanych przez OW NFZ na kolejne lata oraz planów finansowych Funduszu (pierwotnych) zatwierdzanych przez Ministra Zdrowia wykazała, że Centrala nie wprowadzała istotnych zmian w planach kosztów świadczeń opieki zdrowotnej proponowanych przez Dyrektorów OW NFZ. Różnice pomiędzy projektami OW NFZ a zatwierdzonym planem finansowym wystąpiły w odniesieniu do 2018 r. (od minus 0,05% do 28,38%), z uwagi na zatwierdzenie planu na ten rok dopiero 11 stycznia 2018 r.

(akta kontroli str. 21-110, 331-335, 2742-2749 pliki 13-62)

W latach 2017-2019 (I półrocze) obowiązywały obwieszczenia Prezes AOTMiT w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, wydane na podstawie art. 31b ust 1 ustawy o świadczeniach:

- z 29 czerwca 2016 r. dotyczące jednego osobodnia za świadczenia pielęgniarstwie w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej domowej (1,00 pkt)⁷. Taryfę wprowadzono zarządzeniem Nr 60/2016/DSOZ z 29 czerwca 2016 r.,
- z 13 września 2016 r. dotyczące jednego osobodnia pobytu dla pacjentów wentylowanych mechanicznie (dorosłych i dzieci): w ZOL/ZPO oraz udzielanych w warunkach domowych przez zespół długoterminowej opieki domowej⁸. Taryfę wprowadzono zarządzeniem Nr 105/2017/DSOZ z 13 października 2017 r.,
- z 15 marca 2018 r. dotyczące jednego osobodnia pobytu w ZOL/ZPO pacjentów z liczbą punktów 0-40 w skali Barthel oraz pacjentów z liczbą punktów 0 w skali Barthel, którzy uzyskali do 8 pkt według skali Glasgow, przewidujące stopniowe podnoszenie stawki w latach 2018-2022⁹. Taryfę wprowadzono zarządzeniem Nr 45/2018/DSOZ z 30 maja 2018 r.,
- z 28 maja 2018 r. dotyczące jednego osobodnia pobytu w ZOL/ZPO pacjentów z chorobą AIDS lub zakażonych HIV z liczbą punktów 0-40 w skali Barthel

⁶ Zwiększenie ceny za osobodzień z 75 zł na 76 zł dla pacjentów z liczbą punktów do 40 w skali Barthel w planie finansowym na 2017 r.; wzrost finansowania pielęgniarstwa w opiece długoterminowej domowej, zgodnie z rekomendacją AOTMiT dotyczącą podnoszenia cen jednostek rozliczeniowych, tj. jeden punkt na 30,08 zł oraz propozycji wzrostu świadczeń ZOL/ZPO dla pacjentów ze skalą Barthel do 40 punktów z 75 zł na 80 zł w planie finansowym na 2018 r.

⁷ Wartość świadczeń udzielanych pacjentom przebywającym pod tym samym adresem określono na 0,5 pkt.

⁸ Osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla pacjentów wentylowanych mechanicznie 11,21 pkt; osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci wentylowanych mechanicznie 14,44 pkt; osobodzień zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie metodą inwazyjną 5,41 pkt; osobodzień zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie metodą nieinwazyjną w przypadku świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową na podłożu chorób nerwowo-mięśniowych 5,02 pkt; osobodzień zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie metodą nieinwazyjną z wyłączeniem świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową na podłożu chorób nerwowo-mięśniowych 4,91 pkt; osobodzień zespołu długoterminowej opieki domowej dla dzieci wentylowanych mechanicznie metodą inwazyjną 5,57 pkt; osobodzień zespołu długoterminowej opieki domowej dla dzieci wentylowanych mechanicznie metodą nieinwazyjną w przypadku dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia bez względu na czas trwania nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej 5,08 pkt.

⁹ Osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0–40 w skali Barthel 2,59 pkt w 2018 r. oraz 2,87 pkt w 2019 r.; osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 w skali Barthel, który uzyskał do 8 pkt wg skali Glasgow odpowiednio 3,71 i 4,11 pkt; osobodzień pobytu weterana poszkodowanego w Domu Weterana funkcjonującym jako ZOL odpowiednio 2,59 pkt i 2,87 pkt; osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0-40 w skali Barthel odpowiednio 3,59 i 4,23 pkt; osobodzień pobytu w ZPO/ZOL dla dzieci do ukończenia 3. roku życia lub dzieci i młodzieży z liczbą punktów 0 w skali Barthel, którzy uzyskali do 8 punktów w skali Glasgow odpowiednio 4,63 i 5,45 pkt. Ponadto 27 września 2019 r. Prezes AOTMiT wydał obwieszczenie korygujące wysokość ww. taryf w latach 2019-2022.

(3,76 pkt). Taryfę wprowadzono zarządzeniem Nr 73/2018/DSOZ z 30 lipca 2018 r.

Powyższe taryfy zostały ustalone w odniesieniu do świadczenia bazowego, tj. osobodnia opieki w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej domowej dla pacjentów przebywających pod różnymi adresami zamieszkania. Świadczeniu temu Prezes AOTMiT przypisał taryfę wynoszącą 1 punkt, przy założeniu odpowiadającej mu ceny w wysokości 30,08 zł. W odniesieniu do pozostałych świadczeń opieki długoterminowej, wagę punktową produktu rozliczeniowego określał Prezes NFZ.

Średnia cena za punkt w umowach ze świadczeniodawcami o udzielanie świadczeń w zakresie pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej wynosiła:

- 26,4 zł w 2017 r. (od 22,8 zł w Łódzkim OW do 29,1 zł w Dolnośląskim OW),
- 27,3 zł w 2018 r. (od 24,8 zł w Zachodniopomorskim OW do 29,8 zł w Podlaskim OW),
- 27,9 zł w I półroczu 2019 r. (od 24,9 zł w Zachodniopomorskim OW do 30,1 zł w Podlaskim OW).

W kontrolowanym okresie średnia wartość świadczeń udzielanych w ZOL/ZPO pacjentowi z liczbą punktów 0-40 w skali Barthel zwiększyła się z 75,5 zł w 2017 r. do 85,8 zł w I półroczu 2019 r. za osobodzień¹⁰.

Jak wyjaśnił Zastępca Dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej, w odniesieniu do świadczeń pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej sukcesywnie podnoszono cenę za jednostkę rozliczeniową, zgodnie z możliwościami finansowymi oddziałów wojewódzkich. Umożliwiło to Funduszowi utrzymanie realizacji świadczeń na niezmnieszonej poziomie oraz większą kontrolę nad budżetem. Zastępca Dyrektora podkreślił również, że zawieranie i rozliczanie umów o udzielanie świadczeń, jak również gospodarowanie środkami finansowymi należy do kompetencji dyrektorów oddziałów wojewódzkich. Prezes NFZ nie ma uprawnień do decydowania o wysokości ceny oczekiwanej, określanej w postępowaniach o zawarcie umowy.

(akta kontroli str. 412-429, 1496, 2742-2749 pliki 1-12)

Łączna wartość świadczeń w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, sfinansowanych przez OW NFZ¹¹ wyniosła:

- 1.473.116,2 tys. zł w 2017 r.,
- 1.650.026,4 tys. zł w 2018 roku (tj. o 12% więcej niż w 2017 r.),
- 843.572,4 tys. zł w pierwszej połowie 2019.

Łączna wartość trzech zakresów świadczeń opieki długoterminowej, stanowiących łącznie ponad 80% sfinansowanych przez NFZ świadczeń w tym rodzaju, przedstawiała się następująco:

- w zakresie pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej wyniosła: 368.138,1 tys. zł w 2017 r., 386.320,0 tys. zł w 2018 r., 185.052,2 tys. zł w I półroczu 2019 r.,
- w zakresie finansowania pobytu w ZOL/ZPO wyniosła: 660.038,2 tys. zł w 2017 r., 692.102,4 tys. zł w 2018 r., 365.766,7 tys. zł w I połowie 2019 r.,

¹⁰ Sposób obliczenia: dla 2017 r. średnia cena w wysokości 75,5 zł przemnożona przez wagę punktową osobodnia w wysokości 1 punkt za osobodzień; zaś dla I półroczu 2019 r. średnia cena w wysokości 29,9 zł przemnożona przez obowiązującą taryfę w wysokości 2,87 punktów za osobodzień. Średnia cena za punkt w umowach o udzielanie świadczeń w zakresie świadczeń w ZOL/ZPO wynosiła 75,5 zł w 2017 r., 42,0 zł w 2018 r. oraz 29,9 zł w I półroczu 2019 r., a występujące różnice pomiędzy latami wynikały z wprowadzenia taryfy AOTMiT w ciągu 2018 r. (obwieszczenie z 15 marca 2018 r., zmiana wartości punktovej świadczenia z 1 punktu na 2,59 w 2018 r., a następnie na 2,87 punktu w 2019 r.).

¹¹ Dane o sfinansowanych świadczeniach przekazane przez Departament Ekonomiczno-Finansowy, na podstawie danych przesłanych przez poszczególne OW NFZ (uzyskanych z systemu informatycznego między 3 a 8 października 2019 r.).

- w zakresie kosztów wynikających z przepisów prawa, związanych z wynagrodzeniami personelu medycznego¹²: 160.894,2 tys. zł w 2017 r., 245.511,5 tys. zł w 2018 r., 153.369,3 tys. zł w I połowie 2019 r.

Udział kosztów świadczeń w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej w kosztach realizacji zadań NFZ ogółem wynosił 1,88% w 2017 r. oraz po 1,95% w 2018 r. i w I połowie 2019 r. Udział ten był zróżnicowany w poszczególnych oddziałach wojewódzkich NFZ i wynosił m.in.:

- w 2017 r. od 1,18% w Pomorskim OW do 2,92% w Opolskim OW,
- w 2018 r. od 1,24% w Pomorskim OW do 2,96% w Opolskim OW,
- w I połowie 2019 r. od 1,26% w Wielkopolskim OW do 3,13% w Podkarpackim OW.

Koszty poniesione przez NFZ w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej w przeliczeniu na 1 mieszkańca w wieku 65 lat i więcej¹³ wynosiły w poszczególnych latach:

- w 2017 r. 227,1 zł, w tym od 143,5 zł w Pomorskim OW do 346,6 zł w Podkarpackim OW,
- w 2018 r. 242,1 zł, w tym od 156,8 zł w Pomorskim OW do 367,5 zł w Podkarpackim OW,
- w I połowie 2019 r. 124,8 zł, w tym od 81,5 zł w Wielkopolskim OW do 206,7 zł w Podkarpackim OW.

(akta kontroli str. 164-330, 343-345, 2742-2749 pliki 63-74, 2750)

Plan zakupu świadczeń na kolejne lata był przygotowywany na podstawie „Procedury definiowania priorytetów zdrowotnych i planowania zakupu świadczeń”¹⁴. Celem procedury było zapewnienie właściwego postępowania Centrali i oddziałów wojewódzkich NFZ w zakresie określania priorytetów zdrowotnych, oraz zarządzanie procesem planowania zakupu świadczeń poprzez wprowadzenie i stosowanie zasad tworzenia planu zakupu świadczeń oraz monitorowania jego realizacji.

Podstawą do sporządzenia planów zakupu były m.in. analizy liczby i wartości zrealizowanych świadczeń w latach poprzednich, z uwzględnieniem migracji ubezpieczonych, poziomów cen oraz wskaźników realizacji świadczeń w odniesieniu do populacji. W badanym okresie dla świadczeń opieki długoterminowej nie było obowiązku sprawozdawania przez świadczeniodawców danych o liczbie oczekujących oraz średnim czasie oczekiwania¹⁵.

(akta kontroli str. 430-1221, 1268-1269, 1496, 2742-2749 pliki 1-12 i 76-79)

Na 2017 rok oraz kolejne lata kontrolowanego okresu (2018 i 2019 r.) zdefiniowano m.in. priorytet zdrowotny dotyczący „Rozwoju opieki długoterminowej”. Celem

¹² Koszty świadczeń wynikające z: rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628), przepisów art. 4 ustawy z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1532), rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2018 r. w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1681), zarządzenie Nr 88/2018/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 23 sierpnia 2018 r. w sprawie warunków wypłaty należności i rozliczania środków finansowych przekazanych na pokrycie kosztów wzrostu wynagrodzeń lekarzy (ze zm.).

¹³ Dane o liczbie ludności pochodzą z opracowań Głównego Urzędu Statystycznego: „Ludność. Stan i struktura w przekroju terytorialnym (stan w dniu 30.06.2019)”, Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2018 r. Stan w dniu 31 XII” oraz „Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2017 r. Stan w dniu 31 XII”.

¹⁴ Obecnie obowiązuje procedura nr 2017/001/DSOZ/PZ/4.1 z 11 września 2018 r. Wcześniej obowiązywały procedury: nr 2015/001/DSOZ/PZ/3.0 z 19 kwietnia 2016 r. oraz 2017/001/DSOZ/PZ/4.0 z dnia 28 sierpnia 2017 r.

¹⁵ Zmiana wynikająca z ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia (Dz. U. poz. 1590) oraz 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. poz. 1207).

priorytetu było dążenie do deinstytucjonalizacji oraz zwiększenie dostępności do świadczeń realizowanych w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej. Miernikami realizacji priorytetu, służącymi do jego oceny były:

- zwiększenie liczby zakontraktowanych świadczeń w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej,
- analiza liczby i wartości zakontraktowanych świadczeń w poszczególnych latach.

Uzasadnieniem przyjęcia tego priorytetu były zmiany demograficzne zachodzące w starzejącym się społeczeństwie oraz zwiększenie dostępności do świadczeń.

W 2019 r., przy planowaniu priorytetów ogólnopolskich na 2020 r., po analizie danych o udzielonych świadczeniach przesyłanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu, zaplanowano kontynuowanie priorytetu pod nazwą „Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej”, gdzie określone zostały kody zakresu świadczeń, które oddziały powinny brać pod uwagę do wyliczeń. Zmodyfikowano cel priorytetu, tj. wyrównanie poziomu dostępności do świadczeń opieki długoterminowej (ZPO/ZOL) dla pacjentów powyżej 75. roku życia, w szczególności poprzez zwiększenie finansowania świadczeń na obszarach, na których utrzymują się dysproporcje w dostępie do tych świadczeń w odniesieniu do średniej ogólnopolskiej. Określono także szczegółowy sposób obliczania miernika służącego do oceny realizacji celu poprzez liczbę wykonanych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej w ZPO i ZOL w przeliczeniu na 10.000 ubezpieczonych powyżej 75. roku życia. Wskazano także wartości wskaźnika dla oddziałów w roku bazowym i docelowym oraz precyzyjnie określono ramy czasowe terminu realizacji na lata 2010-2022. Z uwagi na fakt, że zmodyfikowano cel oraz dopracowano zagadnienia dotyczące sprawozdawczości wskazano go jako nowy priorytet.

(akta kontroli str. 1222-1267, 1497-1503, 1510-1516)

Do Funduszu nie wpływały konkretne wnioski i propozycje działań w zakresie rozwoju i dalszego funkcjonowania opieki długoterminowej, znaczna część korespondencji dotyczyła zwiększenia finansowania świadczeń.

(akta kontroli str. 1383-1478, 1505, 1508-1509)

W okresie 2017 – I połowa 2019 r. nie nowelizowano art. 18, 18a oraz 18b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej oraz nie wprowadzono zmian do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej¹⁶.

W Ministerstwie Zdrowia prowadzone były prace nad projektem rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, mającego na celu wprowadzenie do koszyka świadczeń gwarantowanych nowego świadczenia gwarantowanego, udzielanego w warunkach dziennych przez zespół dziennej długoterminowej opieki medycznej¹⁷. Centrala NFZ brała udział w tworzeniu tego aktu prawnego w ramach konsultacji publicznych, negatywnie odnosząc się do propozycji zmian w tym zakresie.

(akta kontroli str. 1505, 1509)

¹⁶ Dz. U. z 2015 r. poz. 1658, ze zm.

¹⁷ Nr projektu w wykazie prac legislacyjnych Ministra Zdrowia: MZ 673, <https://legislacja.rcl.gov.pl/projekt/12319360/>. (dostęp z 7 listopada 2019 r.).

W badanym okresie w zakresie opieki długoterminowej obowiązywały zarządzenia Prezesa NFZ: Nr 60/2016/DSOZ z 29 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej oraz Nr 45/2018/DSOZ z 30 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

Zmiany wprowadzone przez Prezesa NFZ, oprócz opisanych wyżej zarządzeń dotyczących wprowadzenia nowych taryf świadczeń, dotyczyły m.in.:

- uszczegółowienia regulacji w zakresie żywienia dojelitowego i pozajelitowego oraz w zakresie rejestrowania czasu wizyty pielęgniarskiej w domu pacjenta (zarządzenie Nr 45/2018/DSOZ z 30 maja 2018 r.),
- dostosowania i ujednolicenia treści umów o udzielanie świadczeń, w zakresie stosowania przepisów wydanych przez Ministra Zdrowia na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach, w szczególności dotyczących przekazywania świadczeniodawcom środków przeznaczonych na sfinansowanie świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne (zarządzenie Nr 81/2018/DSOZ z 14 sierpnia 2018 r.),
- wprowadzenia kodów umożliwiających elektroniczną weryfikację i walidację świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez lekarzy, pielęgniarki i fizjoterapeutów, celem umożliwienia monitorowania liczby wykonanych porad lub wizyt (zarządzenie Nr 94/2019/DSOZ z 18 lipca 2019 r.).

(akta kontroli str. 1270-1382)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

Nie wskazano wartości bazowych i docelowych mierników oraz nie określono jednoznacznie okresu realizacji priorytetu ogólnopolskiego w zakresie „Rozwoju opieki długoterminowej domowej” na 2017 i lata kolejne. Uniemożliwiało to ocenę stopnia realizacji priorytetu w kolejnych latach, jak również w 2019 r. kiedy to zakończono jego realizację w obowiązującym w kontrolowanym okresie kształcie¹⁸.

Centrala Funduszu określiła mierniki służące do oceny realizacji ww. priorytetu centralnego, dotyczące liczby i wartości zakontraktowanych świadczeń w pielęgniarskiej opiece długoterminowej, jednakże nie zapewniono jednolitego sposobu sprawozdawania poziomu realizacji priorytetu przez poszczególne oddziały wojewódzkie. Przykładowo: Lubuski OW NFZ w sprawozdaniu za 2018 r. wskazał, że „w zakresie świadczeń w pielęgnacyjnej opiece długoterminowej domowej w 100% sfinansowano świadczenia wykonane ponad limit w 2018 r.”, zaś Małopolski OW NFZ w sprawozdaniu za 2017 r. podał, iż „liczba zakontraktowanych etatów pielęgniarek po rozstrzygnięciu postępowań konkursowych na realizację świadczeń w II półroczu 2017 r. wynosi 533,5 etatu, co stanowi zwiększenie o 34,25 etatu w porównaniu do liczby etatów zakontraktowanych w 2016 r.”. W ocenie NIK brak jednoznacznych wytycznych w tym zakresie, nie pozwalał na coroczną ocenę realizacji celu dotyczącego zwiększenia dostępności (liczby świadczeń).

Jak wyjaśnił Dyrektor Departamentu Strategii i Analiz, z uwagi na brak możliwości określenia ram czasowych, przyjęto założenie, że priorytet powinien być wieloletni (bez terminu końcowego jego realizacji). Ponadto wyjaśniono, że na podstawie danych z jednego roku czy dwóch lat nie można przygotować rzetelnej analizy, obrazującej m.in. zmianę dostępności na przestrzeni lat. Jak wskazano

¹⁸ Zmiana celu priorytetu z dążenia do deinstytucjonalizacji i zwiększenia dostępności pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej na wyrównanie różnic w dostępie do świadczeń udzielanych w ZOL/ZPO.

przedmiotowy priorytet monitorowany był przez Centralę NFZ za pomocą raportów z realizacji priorytetów w danym roku, przesyłanych przez OW NFZ.

NIK wskazuje, że w toku kontroli nie udzielono jednoznacznej odpowiedzi na pytanie: czy realizacja priorytetu funkcjonującego w latach 2017-2019 dotyczącego deinstytucjonalizacji i zwiększania dostępności opieki długoterminowej domowej przyniosła zakładane efekty, jak również czy osiągnięty poziom dostępności świadczeń w ramach opieki długoterminowej domowej jest wystarczający. Dyrektor Departamentu Analiz i Strategii wyjaśnił jedynie, że opracowana „Analiza dostępności do świadczeń w ramach opieki długoterminowej”¹⁹ wskazuje na dysproporcje w dostępności do świadczeń, które w ocenie Prezesa NFZ, powinny być zredukowane w perspektywie kilku lat.

(akta kontroli str. 1222-1267, 1497-1503, 1510-1516)

OCENA CZĄSTKOWA

Środki zaplanowane i przekazywane przez NFZ na opiekę długoterminową w latach 2017 – I półrocze 2019 r. zapewniały realizację świadczeń na poziomie pozwalającym na zwiększenie lub co najmniej na utrzymanie dostępności do świadczeń w stosunku do lat poprzednich. Centrala NFZ analizowała liczbę i wartość udzielanych świadczeń, ceny stosowane przez OW NFZ w umowach ze świadczeniodawcami, a także koordynowała i monitorowała proces przygotowania planów zakupu świadczeń przez oddziały wojewódzkie NFZ. Jednocześnie NIK zwróciła uwagę na nie w pełni rzetelne opracowanie i nadzorowanie realizacji przyjętego priorytetu w zakresie opieki długoterminowej.

OBSZAR

2. Nadzór nad kontraktowaniem świadczeń oraz realizacją umów w zakresie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej

Opis stanu faktycznego

Szczegółowe warunki postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym sposób przygotowania i składania ofert oraz wnoszenia środków odwoławczych zostały uregulowane w zarządzeniu Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (ze zm.)²⁰.

Przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz szczegółowe warunki udzielania świadczeń w badanych zakresach zostały określone w zarządzeniu Nr 45/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej (ze zm.)²¹.

Ponadto w Centrali NFZ zostały opracowane i wprowadzone do stosowania przez oddziały wojewódzkie:

¹⁹ Celem analizy było oszacowanie kosztu wyrównania dostępności do świadczeń w ramach opieki długoterminowej. Opracowano trzy scenariusze dotyczące wyrównania dostępności w powiatach wraz z szacunkiem kosztów i oraz liczby pacjentów możliwych do objęcia dodatkową opieką: 1) do poziomu średniej ogólnopolskiej (286.291,3 tys. zł, 24,8 tys. pacjentów), 2) do poziomu województwa o najlepszej dostępności (828.784,2 tys. zł i 75,1 tys. pacjentów) i 3) do poziomu powiatu o najlepszej dostępności (4.649.782,1 tys. zł i 392,3 tys. pacjentów).

²⁰ Uprzednio zarządzenie Nr 12/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 lutego 2015 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

²¹ Uprzednio zarządzenie Nr 60/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej (ze zm.).

- „Procedura konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”²², mająca na celu zdefiniowanie i opisanie poszczególnych etapów postępowania prowadzonego w Oddziale, mającego na celu wybór ofert do zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, od momentu jego przygotowania do momentu ogłoszenia o wyniku rozstrzygnięcia postępowania,
- „Procedura aneksowania umów niewygasających z końcem okresu rozliczeniowego na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”²³, mająca na celu zdefiniowanie sposobu przeprowadzenia procesu aneksowania umów niewygasających z ostatnim dniem okresu rozliczeniowego oraz zapewnienie zgodności przeprowadzenia tego procesu z obowiązującymi przepisami prawa.

(akta kontroli str. 436-1221)

Centrala NFZ określiła maksymalne wskaźniki poziomu finansowania świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Dla „świadczeń w pielęgniarstwie długoterminowej domowej”, zrealizowanych w 2017 r. wskaźnik ten określono na poziomie 40%. Jednocześnie świadczenia te były jednym z pięciu priorytetów ogólnopolskich. Dla zakresu „świadczenia w ZOL/ZPO” wskaźnik ten ustalono na 70%, a w przypadku pozostałych świadczeń wskazano możliwość finansowania całości świadczeń ponadlimitowych. Na 2018 r. wskaźnik poziomu finansowania takich świadczeń określono na 100% dla wszystkich zakresów opieki długoterminowej.

Jak wyjaśnił Dyrektor Departamentu Ekonomiczno-Finansowego na sfinansowanie tych świadczeń w pełnej wysokości nie pozwalały w szczególności stan środków pozostających w dyspozycji poszczególnych oddziałów wojewódzkich, wartość świadczeń ponadumownych odnotowanych przez świadczeniodawców na koniec 2017 r. oraz konieczność rozliczenia umów i sfinansowania świadczeń ponadlimitowych według jednolitych zasad. Przyjęty maksymalny poziom finansowania tych świadczeń był wynikiem wspólnych ustaleń Kierownictwa Funduszu z dyrektorami oddziałów wojewódzkich Funduszu.

(akta kontroli str. 112-163, 332, 336-341)

W badanym okresie sfinansowano świadczenia wykonane ponad limit określony w umowach o wartości 140.281,8 tys. zł (co stanowiło 3,54% wartości świadczeń sfinansowanych w tym okresie), w tym: 64.128,6 tys. zł w 2017 r., 68.057,1 tys. zł w 2018 r. oraz 8.096,2 tys. zł w I połowie 2019 r.

(akta kontroli str. 164-214)

Wartość zawartych umów w zakresie świadczeń w pielęgniarstwie długoterminowej domowej wzrosła w 2018 r., w porównaniu do 2017 r., o 3,4% (z 368.181,4 tys. zł do 380.713,2 tys. zł). Udział wartości umów o udzielanie tych świadczeń w wartości umów w rodzaju „świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej” spadł z 28,3% do 27,7% (w I półroczu 2019 r. do 26,2%). Jednocześnie w 2018 r., w stosunku do roku poprzedniego:

- spadła liczba świadczeniodawców z 1166 do 1063 (w I półroczu 2019 r. umowy realizowało 1047 świadczeniodawców),
- spadła liczba osób objętych opieką z 63.691 do 62.010 (w I półroczu 2019 r. 52.051 pacjentów),

²² Obecnie obowiązuje procedura nr 2019/002/BO/KONTR/6.06 (wersja 6.06 z czerwca 2019 r.).

²³ Obecnie obowiązuje procedura nr 2018/DSOZ/ANEKSOWANIE/2.0 (wersja 2.0 z lutego 2019 r.).

- wzrosła liczba zrealizowanych świadczeń (produktów rozliczeniowych) z 15.253.604 do 15.548.910 (w I półroczu 2019 r. 7.653.814 produktów),
- wydłużył się czas objęcia pacjentów opieką z 239,49 do 250,75 dni w roku (w I półroczu 2019 r. 294,09 dni).

Wartość zawartych umów w zakresie świadczeń w ZOL/ZPO wzrosła w 2018 r., w porównaniu do 2017 r., o 4% (z 658.831,6 tys. zł do 685.345,5 tys. zł). Udział wartości umów o udzielanie tych świadczeń w wartości umów w rodzaju „świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej” spadł z 50,7% do 49,8% (w I półroczu 2019 r. do 52,5%). Jednocześnie w 2018 r., w stosunku do roku poprzedniego:

- spadła liczba świadczeniodawców z 430 do 423 (w I półroczu 2019 r. umowy realizowało 422 świadczeniodawców),
- spadła liczba osób objętych opieką z 41.383 do 41.357 (w I półroczu 2019 r. 31.572 pacjentów),
- wzrosła liczba zrealizowanych świadczeń (produktów rozliczeniowych) z 7.769.572 do 7.912.639 (w I półroczu 2019 r. 3.921.081 produktów),
- wydłużył się czas objęcia pacjentów opieką z 187,75 do 191,33 dni w roku (w I półroczu 2019 r. 124,19 dni).

Wartość zawartych umów w zakresie świadczeń zespołu długoterminowej opieki domowej – dla pacjentów wentylowanych mechanicznie wzrosła w 2018 r., w porównaniu do 2017 r., o 10% (z 186.442,2 tys. zł do 205.166,0 tys. zł). Udział wartości umów o udzielanie tych świadczeń w wartości umów w rodzaju „świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej” wzrósł z 14,3% do 14,9% (w I półroczu 2019 r. do 14,0%). Jednocześnie w 2018 r., w stosunku do roku poprzedniego:

- spadła liczba świadczeniodawców z 92 do 85 (w I półroczu 2019 r. umowy realizowało 87 świadczeniodawców),
- wzrosła liczba osób objętych opieką z 5.357 do 6.210 (w I półroczu 2019 r. 6178 pacjentów),
- wzrosła liczba zrealizowanych świadczeń (produktów rozliczeniowych) z 1.483.622 do 1.729.626 (w I półroczu 2019 r. 946.408 produktów),
- wydłużył się czas objęcia pacjentów opieką z 276,95 do 278,52 dni w roku (w I półroczu 2019 r. 153,19 dni).

Średni wiek pacjentów objętych opieką długoterminową (wszystkie zakresy świadczeń) wynosił 77 lat i trzy miesiące w 2017 r., 77 lat i cztery miesiące w 2018 r. oraz 77 lat i miesiąc w I połowie 2019 r., zaś mediana wieku pacjentów wynosiła 82 lata w całym analizowanym okresie.

Długość objęcia opieką pacjentów w pielęgnarskiej opiece długoterminowej domowej wzrastała i wynosiła 239,5 dnia w ciągu 2017 r. i 250,7 dnia w ciągu 2018 r., zaś w I półroczu 2019 r. – 147 dni. W przypadku świadczeń udzielanych w ZOL/ZPO długość ta także wzrastała i wynosiła odpowiednio: 187,7 dnia w 2017 r., 191,3 dnia w 2018 r. oraz 124,2 w I półroczu 2019 r.

(akta kontroli str. 435, 1497-1503, 2742-2749 pliki 76-79)

Oddziały wojewódzkie NFZ sprawozdały, iż w okresie 2017 r. – I półrocze 2019 r. rozpatrzonych zostało łącznie 125 skarg dotyczących świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, z tego 69 skarg dotyczyło dostępności do świadczeń, 36 jakości udzielanych świadczeń oraz 20 innych zagadnień. 25 skarg zostało uznane za zasadne, 37 za częściowo zasadne, zaś 61 uznano za niezasadne. Centrala NFZ nie rozpatrywała skarg w tym zakresie.

Zgodnie z § 8 ust. 5 zarządzenia Nr 33/2015/DSS Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 lipca 2010 r. w sprawie rozpatrywania skarg i wniosków w Narodowym Funduszu Zdrowia (ze zm.)²⁴, skargi lub wnioski mogły być składane w imieniu własnym pacjenta lub innej osoby za jej pisemną zgodą. W okresie 2017 – I półrocze 2019 r. do OW NFZ wpłynęło 20 skarg złożonych przez inne osoby, w imieniu pacjentów objętych opieką długoterminową (bez ich pisemnej zgody).

Jak wyjaśnił Zastępca Dyrektora Departamentu Kontroli, skargi wniesione przez inne osoby w imieniu pacjenta były rozpatrywane zgodnie z obowiązującymi przepisami. Okoliczności sprawy, ciężar zarzutów, które zgłaszały osoby składające skargę, były podstawą wszczęcia postępowania wyjaśniającego oraz, jeśli zachodziła konieczność, była zlecana kontrola świadczeniodawców.

(akta kontroli str. 399-411)

W badanym okresie OW NFZ przeprowadziły łącznie 207 kontroli świadczeniodawców udzielających świadczeń w zakresie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (110 planowych i 97 doraźnych) z czego:

- w 2017 roku z 87 kontroli przeprowadzono 51 kontroli planowych i 36 doraźnych,
- w 2018 roku z 73 kontroli przeprowadzono w tym 33 kontroli planowych i 40 doraźnych,
- w I półroczu 2019 roku z 47 kontroli przeprowadzono w tym 26 kontroli planowych i 21 doraźnych.

Spośród przeprowadzonych kontroli 35 zostało wszczętych w oparciu o wniesione do NFZ skargi.

Wartość skontrolowanych umów wyniosła 357.287.868,85 zł, tj.:

- za 2017 rok – 134.982,8 tys. zł,
- za 2018 rok – 117.405,0 tys. zł,
- za I półrocze 2019 roku – 104.900,1 tys. zł.

Natomiast wartość nienależnie przekazanych środków finansowych ustalona do rozliczenia po decyzji dyrektorów OW wyniosła łącznie 2.363,6 tys. zł, w tym:

- za 2017 rok 563,8 tys. zł,
- za 2018 rok 970,9 tys. zł,
- za I półrocze 2019 roku 828,9 tys. zł.

W zaleceniach pokontrolnych wskazano między innymi na konieczność:

- zapewnienia odpowiedniej obsady etatowej w zakresie zatrudnienia personelu medycznego, w tym lekarzy specjalistów, fizjoterapeutów, psychologów oraz pielęgniarek, zgodnie z potrzebami zdrowotnymi świadczeniobiorców oraz dostosowania do minimalnych norm zatrudnienia ustalonych przez świadczeniodawcę,
- dokonywania przyjęć do ZOL z zachowaniem kolejności zapisu na listę zgodnie z ustawą z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta²⁵,
- weryfikacji czasu pracy personelu świadczącego usługi pacjentom rozliczanym w ramach umowy z NFZ, tak aby nie świadczone jednocześnie usług na rzecz pacjentów komercyjnych,

²⁴ Obecnie obowiązuje zarządzenie Nr 139/2019/DK Prezesa NFZ z dnia 9 października 2019 r.

²⁵ Dz. U. z 2019 r. poz. 1127, ze zm.

- dołożenia należytej staranności w zakresie sporządzania sprawozdawczości przy wykazywaniu do rozliczenia świadczeń, zgodnie z zasadami określonymi w obowiązujących zarządzeniach Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej,
- prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania²⁶,
- wykazywania w raportach statystycznych danych zgodnie ze stanem faktycznym, według rozporządzeń Ministra Zdrowia i Prezesa NFZ w szczególności dokumentowania potwierdzeń wizyt pielęgniarских przez świadczeniobiorców lub opiekunów za pomocą „Karty wizyt pielęgniarki opieki długoterminowej domowej”,
- zapewnienia należytego technicznego wyposażenia zakładów, w tym w zestawy do reanimacji i pielęgnacji, w produkty lecznicze z obowiązującym terminem ważności, zgodnie z zapisami ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne²⁷,
- dostosowania warunków lokalowych ZOL/ZPO do wymogów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą²⁸,
- zapewnienia należytej staranności w dokonywaniu i dokumentowaniu ocen pacjentów wg skali Barthel zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie opieki długoterminowej,
- niewykazywania do ponownego rozliczenia z NFZ zakwestionowanych wcześniej świadczeń.

(akta kontroli str. 400, 403-404, 2742-2749 plik 75)

W związku z potencjalnymi nieprawidłowościami stwierdzanymi u świadczeniodawców, we wzorze „Karty wizyt pielęgniarki długoterminowej domowej”²⁹ dodano kolumnę „czas trwania wizyty”. Jak uzasadniono, zmiana ta miała pozwolić na monitorowanie czasu trwania wizyty lub porady w danym dniu w domu pacjenta, a w efekcie na wyeliminowanie realizacji świadczeń w tym samym czasie u dwóch świadczeniodawców lub dwóch różnych zakresach świadczeń u tego samego świadczeniodawcy. NIK ocenia pozytywnie działania NFZ mające na celu zwiększenie możliwości kontrolnych NFZ w tym zakresie.

Zgodnie z ówczesnym brzmieniem § 11 ust. 5 ww. zarządzenia, każda wizyta pielęgniarki, powinna być sprawozdawana w raporcie statystycznym z kodem 5.01.27.0800016 oraz datą zrealizowanej wizyty. Jednocześnie w załącznikach do umów pn. „Harmonogram – zasoby”, czas pracy pielęgniarek jest określany w formie harmonogramów szczegółowych (dzień, godzina od do), zaś w pozostałych zakresach świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej – w formie harmonogramów tygodniowych (liczba godzin tygodniowo). Możliwość weryfikacji koincydencji czasu pracy pielęgniarek w różnych zakresach świadczeń lub u różnych świadczeniodawców jest możliwa w toku

²⁶ Dz. U. poz. 2069.

²⁷ Dz. U. z 2019 r. poz. 499, ze zm.

²⁸ Dz. U. z 2019 r. poz. 595.

²⁹ Załącznik nr 3 do zarządzenia Nr 45/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 maja 2018 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. Karta wizyt pielęgniarki długoterminowej domowej stanowi część dokumentacji medycznej pacjenta (§ 11 ust. 4 ww. zarządzenia).

kontroli u świadczeniodawców, w wyniku analizy grafików pracy, list obecności, porównania wpisów w dokumentacji medycznej u danego świadczeniodawcy i innych świadczeniodawców, u których jest zatrudniona dana osoba na etatach częściowych.

Jak wyjaśnił Zastępca Dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej, obowiązujące przepisy prawa nie nakazują rozliczania czasu pracy personelu medycznego realizującego świadczenia w domu pacjenta, wobec czego nie zdecydowano o obowiązkowym sprawozdawaniu godzin wizyt w raportach statystycznych. Jeśli zauważone nieprawidłowości będą się nasilały, Fundusz rozważy konieczność sprawozdawania czasu trwania wizyty.

(akta kontroli str. 1479-1496)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości

OCENA CZĄSTKOWA

Prezes NFZ nadzorował proces kontraktowania i realizacji umów z zakresu świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych na poziomie zapewniającym utrzymanie dostępności do świadczeń. Wprowadzono jednolite zasady kontraktowania świadczeń, w tym aneksowania umów wieloletnich oraz określono zasady finansowania świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowach ze świadczeniodawcami. Fundusz, w ramach swoich kompetencji udzielał szczegółowych wyjaśnień interesantom, wskazując przepisy wynikające z właściwych z aktów prawnych i zarządzeń Prezesa NFZ dotyczących poruszanych zagadnień.

IV. Uwagi i wnioski

W związku z podjętymi przez Centralę NFZ działaniami w zakresie opracowania priorytetów ogólnopolskich na kolejne lata, Najwyższa Izba Kontroli, nie formułuje uwag ani wniosków w zakresie sposobu przygotowania i realizacji priorytetu ogólnopolskiego dotyczącego rozwoju opieki długoterminowej.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę na konieczność zintensyfikowania działań zmierzających do poprawy dostępności opieki długoterminowej i wyrównania istniejących w tym obszarze różnic pomiędzy poszczególnymi regionami kraju.

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 Departamentu Zdrowia Najwyższej Izby Kontroli. 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 wykorzystania uwag i 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.

Warszawa, 5 grudnia 2019 r.

Kontrolerzy

Agnieszka Kalita

Doradca ekonomiczny



podpis

Najwyższa Izba Kontroli

Departament Zdrowia

Dyrektor

Piotr Wasilewski



podpis

Tomasz Marcin Grudziński

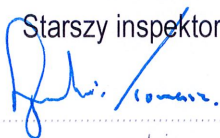
Główny specjalista k.p.



podpis

Tomasz Stawicki

Starszy inspektor k.p.



podpis