



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Bydgoszczy

LBY.410.016.03.2018

Dariusz Ruczyński
Dyrektor
Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
ul. Arkońska 45
71-470 Szczecin

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

zmienione zgodnie z treścią uchwały nr KPK-KPO.443.054.2019 z 3 kwietnia 2019 r.

P/18/063 – Zapewnienie opieki paliatywnej i hospicyjnej

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia ¹ , ul. Arkońska 45, 71-470 Szczecin
Kierownik jednostki kontrolowanej	Dariusz Ruczyński, p.o. Dyrektor - od 18 sierpnia 2014 r. do 8 listopada 2015 r., Dyrektor ² - od 9 listopada 2015 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Planowanie świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej 2. Kontraktowanie świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej 3. Rozliczanie świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej
Okres objęty kontrolą	2015-2018 (I połowa), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed lub po tym okresie, jeśli zdarzenia mające wówczas miejsce miały wpływ na zjawiska będące przedmiotem kontroli lub były ich konsekwencją
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ³
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli, Delegatura w Bydgoszczy
Kontrolerzy	1. Karol Sobieszczyk, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBY/143/2018 z 7 września 2018 r. 2. Karolina Lahutta, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBY/144/2018 z 7 września 2018 r. (akta kontroli str.1-4)

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Oddział zapewniał, w kontrolowanym okresie i w zakresie swojej właściwości terytorialnej, dostępność do świadczeń gwarantowanych z zakresu domowej opieki paliatywnej i hospicyjnej (OPH) w ramach posiadanych środków i potencjału świadczeniodawców udzielających świadczeń na terenie województwa zachodniopomorskiego. Nie zaspokajało to jednak potrzeb w tym zakresie, prognozowanych w mapie potrzeb, a osiągane przez Oddział wskaźniki plasowały go znacznie poniżej średniej krajowej.

Planując świadczenia OPH na lata 2015-2018, Oddział zabezpieczał przede wszystkim środki finansowe na zawarte w 2014 r. umowy na te lata.

Oddział stopniowo zwiększał zarówno kwoty, jak i liczby jednostek rozliczeniowych przeznaczonych na świadczenia OPH, co przyczyniło się do zwiększenia stopnia zaspokojenia zapotrzebowania we wszystkich zakresach łącznie. NIK zwraca jednak

¹ Dalej: „Oddział” lub „OW NFZ”.

² Dalej: „Dyrektor”.

³ Dz. U. z 2017 r. poz. 524, ze zm., dalej: „ustawa o NIK”.

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

uwagę, że nie planowano w ogóle środków na świadczenia z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej i nie ogłoszono postępowania na udzielanie tych świadczeń, przez co nie zapewniono dostępu do tego rodzaju świadczeń na terenie województwa zachodniopomorskiego.

W toku prowadzonych konkursów poprawnie oceniano spełnienie przez oferentów wymogów koniecznych do udzielania świadczeń. Nierzetelności większej skali wystąpiły natomiast w toku oceny zaktualizowanego potencjału świadczeniodawców w zakresie spełniania warunków koniecznych do realizacji świadczeń podczas aneksowania umów. Były one tym istotniejsze, że miały wpływ na treść zawartych ze świadczeniodawcami umów, wskazując że realizacja świadczeń mogła odbywać się w warunkach niezgodnych z rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu OPH.

NIK pozytywnie ocenia rozliczanie świadczeń OPH, wskazując jednak, że sposób sprawowania przez Oddział kontroli, tj. obowiązku wynikającego z art. 107 ust. 5 pkt. 12 lit. b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁵, był niewystarczający. W 2015 r., 2017 r. i I pół. 2018 r. Oddział nie przeprowadził żadnej kontroli udzielania świadczeń w warunkach stacjonarnych, domowych dla dzieci oraz ambulatoryjnych. Kontroli nie przeprowadzono również w żadnym z pięciu podmiotów, na które zostały złożone skargi, zwłaszcza że trzy z nich zostały uznane przez Oddział za zasadne. Natomiast nieskontrowanie żadnego z czterech podmiotów, w przypadku zwiększania limitów świadczeń ponad wykazany w umowach potencjał, wskazuje że system kontroli w Oddziale nie spełniał funkcji prewencyjnej, co może mieć wpływ na jakość, dostępność i prawidłowość udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz prawidłowość ich rozliczania.

Po zakończeniu okresu rozliczeniowego Oddział dokonywał zwiększenia limitów (zawierał aneksy zwiększające limity) dla już wykonanych świadczeń oraz zawierał ugody na udzielone świadczenia nieratujące życie. Izba dostrzega jednak, że powyższe służyło realizacji podstawowego celu Funduszu, jakim jest zapewnienie uprawnionym dostępu do świadczeń, które są w obecnym stanie prawnym świadczeniami limitowanymi. NIK zwracała się do Ministra Zdrowia z wnioskami o systemowe rozwiązanie problemu finansowania świadczeń wykonanych ponad ustalone w umowach limity, niemniej jednak Minister nie podjął dotychczas działań w tym zakresie. Świadczenia w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna są szczególnego rodzaju świadczeniami, których celem jest poprawa jakości życia osobom znajdującym się u jego kresu, w związku z czym należy ograniczyć bariery prawne w ich udostępnianiu.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej⁶ kontrolowanej działalności

OBSZAR

Opis stanu
faktycznego

1. Planowanie świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej

1.1. Od 18 marca do 30 kwietnia 2014 r. OW NFZ przeprowadził konkursy na świadczenie usług w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna, w wyniku których zawarł umowy ze świadczeniodawcami na okres pięciu lat.

⁵ Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, ze zm.; dalej: „ustawa o świadczeniach”.

⁶ Oceny częściowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena częściowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

W latach 2015-2018 (I półrocze) Oddział planował środki finansowe na świadczenia OPH uwzględniając już zawarte umowy i ich realizację oraz brał pod uwagę – jak wyjaśnił Dyrektor – m.in.: wskaźniki dostępności⁷, potencjał świadczeniodawców, obszary kontraktowania⁸ regionalną mapę potrzeb, obłożenie łóżek w opiece stacjonarnej⁹. Dyrektor wyjaśnił, że Oddział planując świadczenia w badanych latach prowadził analizy ich dostępności, które wykazały m.in., że niższy niż dla innych województw wskaźnik zabezpieczenia świadczeń w zakresie OPH wynikał głównie z: (1) małej liczby świadczeniodawców spełniających i wykonujących usługi w danym zakresie świadczeń (w szczególności dot. hospicjum dla dzieci i hospicjum stacjonarne); (2) małej liczby lekarzy (w szczególności w zakresie prowadzenia poradni paliatywnej).

Dyrektor wyjaśnił, że Oddział pośrednio ustalał liczbę pacjentów wymagających opieki paliatywnej poprzez ustalenie liczby świadczeń na podstawie wojewódzkiego wskaźnika zabezpieczenia na 10 tys. mieszkańców opartego na liczebności populacji województwa oraz na podstawie analizy dotychczasowej realizacji świadczeń przez świadczeniodawców.

Z mapy potrzeb dla województwa zachodniopomorskiego (2017 r.) wynikało, że prognozowana liczba potrzebnych w 2020 r. miejsc paliatywno-hospicyjnych w hospicjach ma wynosić dla województwa 169 miejsc stacjonarnych i 4 743 miejsc domowych.

Oddział nie zaplanował w badanym okresie świadczeń na ww. poziomie, bowiem na lata 2015-2018:

- w zakresie opieki stacjonarnej zaplanowano zabezpieczenie odpowiednio: 43, 50, 47 i 67 miejsc¹⁰,
- w zakresie opieki domowej zaplanowano zabezpieczenie odpowiednio: 323, 432, 357 i 396 miejsc.

Dyrektor wyjaśnił, że wynikało to głównie z nieodpowiedniej: wielkości środków finansowych, liczby personelu i bazy sprzętowo-łóżkowej. Wielkości tych nie udało się osiągnąć pomimo zwiększenia środków finansowych oraz konkursów uzupełniających.

(akta kontroli str. 5-16, 31-83, 105-146, 356-372, 447-475)

Oddział na lata 2015-2018 zaplanował¹¹ środki na świadczenia OPH w wysokości 53 208,1 tys. zł, z tego na opiekę: w warunkach stacjonarnych 21 457,0 tys. zł, w warunkach ambulatoryjnych 761,9 tys. zł, w warunkach domowych dla dorosłych 23 605,8 tys. zł, w warunkach domowych dla dzieci 4 147,1 tys. zł i na podwyżki wynagrodzeń dla pielęgniarek – 3 236,2 tys. zł.

Oddział zaplanował ww. środki na: (1) zakontraktowanie świadczeń poprzez aneksowanie umów – 47 414,8 tys. zł¹²; (2) zakontraktowanie świadczeń w wyniku

⁷ W tym wskaźnik dostępności do świadczeń liczony na 10 tys. mieszkańców.

⁸ Dla świadczeń poradni medycyny paliatywnej, hospicjum domowego - do poziomu powiatu, a w przypadku braku świadczeniodawców w każdym powiecie – do grupy powiatów, a dla świadczeń oddziału medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnego – do poziomu województwa/grupy powiatów.

⁹ Według stanu na 1 stycznia 2015 r. i 30 czerwca 2018 r. zakontraktowano odpowiednio: 41,98 i 52,94 łóżek.

¹⁰ Przy czym świadczeniodawcy spełniający wymagane warunki dysponowali – zgodnie z danymi wynikającymi z rejestru podmiotów leczniczych - w latach 2015-2017 (III kw.) 62 łóżkami, a od 2018 r. 101 łóżkami

¹¹ W pierwotnym planie zakupów.

¹² Na wszystkie badane lata.

dodatkowych konkursów – 1 569,6 tys. zł¹³; (3) podwyżki wynagrodzeń dla pielęgniarek – 3 236,2 tys. zł¹⁴; (4) rezerwę – 987,5 tys. zł¹⁵.

W badanych latach Oddział nie planował środków na perinatalną opiekę paliatywną, pomimo że świadczenie to zostało od 10 lutego 2017 r. zagwarantowane rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 31 stycznia 2017 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej¹⁶ (co szczegółowo przedstawiono w sekcji „stwierdzone nieprawidłowości” 1 obszaru).

Oddział zakontraktował pierwotnie w badanych latach świadczenia z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej w wysokości 39 203,9 tys. zł, tj. 87,8% planowanych środków na te lata. W poszczególnych latach (2015-2018 I pół.) zakontraktowano pierwotnie odpowiednio kwoty: 8 860,8 tys. zł (96,7%), 10 318,7 tys. zł (85,5%), 13 078,0 tys. zł (87,7%) i 6 946,4 tys. zł (81,3%)¹⁷. Dyrektor wyjaśnił, że świadczeniodawcom proponowano kwoty zobowiązań i warunki finansowania świadczeń na kolejny rok rozliczeniowy niższe od planowanych z uwagi na to, iż Oddział w tym czasie (do 31 października) dysponował zweryfikowanymi danymi za siedem-dziewięć miesięcy, a nie za cały rok. Ponadto poziom realizacji jest cechą zmienną, uwarunkowaną od liczby pacjentów, ciężkości stanu klinicznego pacjenta, długości objęcia opieką, liczby nowych pacjentów trafiających do placówek.

(akta kontroli str. 17-18, 199, 644-645)

W latach 2015-2017 OW NFZ zwiększył w trakcie roku i po upływie roku planowane środki na te świadczenia z 36 129,0 tys. zł do 41 613,7 tys. zł, tj. o 15,2%, a faktycznie zakontraktował 39 911,8 tys. zł.

Stopniowe zwiększanie kwoty przeznaczonej na świadczenia OPH, w tym wzrost liczby zapewnionych jednostek rozliczeniowych, przyczyniły się do zwiększenia stopnia zaspokojenia zapotrzebowania na OPH we wszystkich zakresach łącznie. Wskaźnik limitowanego zabezpieczenia¹⁸ w 2015 r. w wysokości 72,2% wzrósł do 76,0% w 2016 r. i do 79,7% w 2017 r.

(akta kontroli str. 17-18, 39-83, 147-199)

1.2. W składach trzech komisji konkursowych¹⁹, które przeprowadziły pięć konkursów z zakresu OPH, w tym dwa w 2017 r. i trzy w 2018 r., brało udział 13 pracowników Oddziału. Osoby te brały udział także w innych konkursach.

Z wyjaśnień Dyrektora i Przewodniczącej komisji wynikało, że czas na przeprowadzenie ww. pięciu konkursów był wystarczający, ponieważ były to postępowania uzupełniające, na które wpływały pojedyncze oferty. Dla członków komisji zadania związane z przeprowadzeniem ww. postępowań konkursowych nie były jedynymi zadaniami do wykonania w trakcie procedury konkursowej, jednak w przypadku dużych postępowań konkursowych, w miarę możliwości, komisja była odciążona przez inne komórki Oddziału.

(akta kontroli str. 432-437, 566-582)

¹³ Na wszystkie badane lata.

¹⁴ Na rok: 2016, 2017 i 2018.

¹⁵ Na 2017 r.

¹⁶ Dz. U. z 2017 r. poz. 236.

¹⁷ Plan pierwotny na 2015 r. – 9 159,0 tys. zł, plan pierwotny na 2016 r. – 12 064,0 tys. zł, plan pierwotny na 2017 r. – 14 906,0 tys. zł, plan pierwotny na 2018 r. I półrocze – 8 539,6 tys. zł.

¹⁸ Określony jako stosunek procentowy liczby jednostek rozliczeniowych pierwotnie zakontraktowanej do liczby jednostek rozliczeniowych faktycznie udzielonych świadczeń.

¹⁹ Powołanych zarządzeniem Dyrektora Oddziału: nr 80/17 z 17 listopada 2017 r., nr 10/18 z 9 lutego 2018 r. i nr 25/18 z 13 marca 2018 r.

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

W latach 2017-2018 Dyrektor nie podjął działań w celu zapewnienia dostępu do świadczeń OPH w zakresie perinatalnej opieki paliatywnej na terenie województwa zachodniopomorskiego, w szczególności nie zaplanował środków i w konsekwencji nie ogłosił postępowania na udzielanie tych świadczeń.

Dyrektor wskazał na wydawanie i zmiany w okresie od 10 lutego do 26 października 2017 r. zarządzeń Prezesa NFZ regulujących warunki zawierania i realizacji świadczeń w zakresie perinatalnej opieki paliatywnej i wyjaśnił, że Oddział oczekiwał na ostateczne dostosowanie warunków kontraktowania. Wskazał, że informacja o powstaniu nowego zakresu była znana i Oddział był na bieżąco informowany w czasie rozmów ze świadczeniodawcami o potencjalnej chęci realizowania świadczeń przez dwóch świadczeniodawców, z których jeden nie podjął się wypełnienia wysokich wymagań, a drugi przygotowuje się do wystąpienia z wnioskiem o zawarcie umowy i czyni starania w pozyskaniu personelu spełniającego wymagania przedmiotowego zakresu. Dyrektor wyjaśnił, że z uwagi na fakt, że świadczenia z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej są świadczeniami kompleksowymi i wysokospecjalistycznymi oraz wymagają zabezpieczenia realizacji świadczeń przez podmioty posiadające zawarte umowy i doświadczenie w OPH, oraz że Oddział posiadał informacje jw., nie zdecydowano się na ogłoszenie konkursu ofert.

(dowód: akta kontroli, str. 99, 318-319, 447, 452-455)

W ocenie Izby powyższe wyjaśnienia nie stanowią o podjęciu właściwych działań w celu zapewnienia dostępności perinatalnej opieki paliatywnej na terenie Województwa, tym bardziej że na prowadzenie ww. nieformalnych rozmów ze świadczeniodawcami Dyrektor nie przedstawił żadnych dowodów. Zdaniem Izby dopiero ogłoszenie postępowania pozwoliłoby na obiektywną weryfikację hipotezy o gotowości i zainteresowaniu podmiotów do udzielania świadczeń w zakresie perinatalnej opieki paliatywnej. Niewykluczone bowiem, że przystąpiłby do niego nieznanemu Oddziałowi oferent, np. spoza terenu Województwa. Zauważyć należy, że do realizacji świadczeń uprawniony jest nie tylko świadczeniodawca posiadający doświadczenie w OPH, lecz również świadczeniodawca współpracujący z takim ośrodkiem. Odnośnie do argumentu wydania zarządzeń przez Prezesa NFZ dopiero w październiku 2017 r. Izba wskazuje, że nie przeszkodziło to innym 10 OW NFZ na przeprowadzenie postępowań i zawarcie odpowiednich umów.

OCENA CZĄSTKOWA

Oddział, planując świadczenia OPH w badanym okresie, zabezpieczał środki finansowe na umowy zawarte w 2014 r. na te lata.

Planując te świadczenia Oddział stopniowo zwiększał zarówno kwoty, jak i liczby jednostek rozliczeniowych przeznaczonych na świadczenia OPH, co przyczyniło się do zwiększenia stopnia zaspokojenia zapotrzebowania we wszystkich zakresach łącznie. NIK zwraca jednak uwagę, że w latach 2015-2018 Oddział zaplanował świadczenia dla odpowiednio: od 43 do 67 miejsc w opiece stacjonarnej i od 323 do 396 miejsc w opiece domowej, podczas gdy wynikające z mapy potrzeb prognozowane zapotrzebowanie dla Województwa w 2020 r. wynosi odpowiednio: 169 i 4 743 miejsc.

Ponadto nie planowano w ogóle środków na świadczenia z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej, przez co nie zapewniono dostępu do tego rodzaju świadczeń na terenie województwa zachodniopomorskiego.

2. Kontraktowanie świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej

2.1. W latach 2015-2018 (I połowa) Oddział przeprowadził pięć postępowań – wszystkie w trybie konkursu – w ramach których trzech oferentów złożyło łącznie cztery oferty. Dwa z tych postępowań zostały unieważnione. Przyczyną unieważnienia pierwszego – na udzielanie świadczeń w warunkach ambulatoryjnych na terenie powiatów: choszczeńskiego, drawskiego, łobeskiego, stargardzkiego i wałeckiego – był brak ofert w postępowaniu. Drugi konkurs – na udzielanie świadczeń w warunkach stacjonarnych na terenie powiatów: drawskiego, szczecineckiego i wałeckiego – unieważniony został z uwagi na odrzucenie z postępowania jedynej złożonej oferty²⁰, ze względu na niespełnienie przez oferenta warunków wymaganych w rozporządzeniu w sprawie świadczeń OPH, w zakresie dostępności psychologa, fizjoterapeuty oraz wystarczającej dostępności

pielęgniarek i lekarzy spełniających wymagane warunki.

(dowód: akta kontroli, str. 555-556, 732-738, 1333)

Powyższe postępowania, poza przypadkami opisanymi w sekcji „stwierdzone nieprawidłowości”, prowadzone były zgodnie z przepisami rozporządzenia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy²¹ oraz procedury konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach²². Komisje konkursowe powołane do przeprowadzenia postępowań konkursowych:

- sprawdzały oferty pod względem formalno-prawnym i we wszystkich wymaganych przypadkach, gdy oferty nie zawierały kompletu dokumentów, wezwały oferentów do uzupełnienia;
- sprawdzały powtarzalność personelu wskazywanego w ofertach;
- w przypadku wątpliwości wzywały oferentów do udzielenia wyjaśnień.

Komisje konkursowe w toku postępowania, zgodnie z § 17 ust. 3 rozporządzenia w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu, przeprowadziły weryfikacje u oferentów, polegające na wizytacji oraz porównaniu danych z ofert z dokumentami źródłowymi.

W wyniku weryfikacji komisje odrzuciły jedną ofertę. Decyzja ta była zasadna i wynikała z art. 149 ust. 1 pkt 7 ustawy o świadczeniach. W pozostałych trzech przypadkach komisja prawidłowo oceniła, że oferenci spełniają warunki konieczne do udzielania świadczeń OPH. Prawidłowa była również dokonana przez komisję ocena oferty w kontekście kryteriów określonych rozporządzeniem w sprawie kryteriów wyboru ofert.

W żadnym przypadku oferenci nie skorzystali ze środków odwoławczych.

(dowód: akta kontroli, str. 555-556, 1331-1332)

²⁰ Po upływie niecałych czterech miesięcy na tych samych warunkach ponownie ogłoszono postępowanie konkursowe, które tym razem zakończyło się wyłonieniem świadczeniodawcy.

²¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2018 r. poz. 1897) - dalej: „rozporządzenie w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy”.

²² Nr 2016/001/BO/KONTR/6.01 z września 2016 r. (obowiązującej do 31 grudnia 2017 r.) i 2016/001/BO/KONTR/6.02 z grudnia 2017 r. (obowiązującej od 1 stycznia 2018 r.).

2.2. Ogłaszając objęte badaniem postępowania Oddział oczekiwał cen o 11% poniżej wielkości ustalonych taryfami obwieszczonymi przez Prezesa AOTiMT. Z uwagi na fakt, iż zaproponowane przez oferentów ceny i wielkości kontraktów odpowiadały ww. oczekiwaniom, w żadnym z badanych postępowań konkursowych nie przeprowadzono negocjacji.

(dowód: akta kontroli, str. 1334-1337)

2.3. Według stanu na 1 stycznia 2015 r. Oddział miał zakontraktowane świadczenia OPH w warunkach:

- stacjonarnych z czterema świadczeniodawcami,
- ambulatoryjnych z pięcioma,
- domowych dla dorosłych z 21 (w 26 miejscach),
- domowych dla dzieci z jednym świadczeniodawcą (w dwóch miejscach).

Stan ten był następstwem przeprowadzonych w 2014 r. postępowań, w ramach których świadczeniodawców udzielających świadczeń OPH w warunkach domowych dla dorosłych wyłaniano w podziale na powiaty²³, natomiast świadczeniodawców sprawujących opiekę w pozostałych zakresach – w podziale na grupy powiatów. W następstwie tych konkursów nie udało się wyłonić świadczeniodawcy prowadzącego hospicjum stacjonarne na obszarze grupy powiatów: drawskiego, szczecineckiego i wałeckiego. Przed 2015 r. rozwiązana również została umowa z jedynym świadczeniodawcą prowadzącym poradnię medycyny paliatywnej na obszarze grupy powiatów: choszczeńskiego, drawskiego, łobeskiego, stargardzkiego i wałeckiego. Umowę rozwiązano na wniosek świadczeniodawcy umotywowany problemami z zapewnieniem lekarzy o odpowiednich kwalifikacjach.

Przeprowadzone w latach 2017-2018 (I połowa) konkursy miały na celu poprawę dostępności do świadczeń na poszczególnych obszarach terytorialnych (grup powiatów), z tego trzy postępowania²⁴ zostały ogłoszone na obszary, na których dotychczas świadczeniodawcy nie byli wyłonieni. W następstwie tych postępowań liczba świadczeniodawców udzielających według stanu na 30 czerwca 2018 r. świadczeń w rodzaju OPH w warunkach stacjonarnych wzrosła do pięciu, a świadczeniodawców prowadzących poradnię medycyny paliatywnej – do sześciu. Zawarto również umowę na realizację od 1 lipca 2018 r. świadczeń OPH w warunkach stacjonarnych przez szóstego świadczeniodawcę, prowadzącego hospicjum na terenie powiatu szczecineckiego. Nie udało się natomiast wyłonić świadczeniodawcy do udzielania świadczeń w warunkach ambulatoryjnych na terenie grupy powiatów: choszczeńskiego, drawskiego, łobeskiego, stargardzkiego i wałeckiego. Postępowanie w tym zakresie unieważniono z uwagi na brak ofert ze strony świadczeniodawców.

Tym samym w kontrolowanym okresie w każdym powiecie zapewniono świadczeniodawcę udzielającego świadczeń OPH w warunkach domowych dla dorosłych. Oddział miał również zawarte umowy na udzielanie świadczeń OPH w warunkach stacjonarnych i domowych dla dzieci ze wszystkimi spełniającymi wymogi świadczeniodawcami prowadzącymi działalność leczniczą w ww. zakresie na terenie województwa zachodniopomorskiego. W odniesieniu do poradni medycyny paliatywnej świadczenia w kontrolowanym okresie zakontraktowane były w największych miastach województwa (Szczecin, Koszalin, Świnoujście) oraz w Gryfinie, skąd w 2017 r. przeniesiono poradnię do Chojny. Według stanu na

²³ Z wyłączeniem powiatów: koszalińskiego i m. Koszalin, które potraktowano jako grupę powiatów.

²⁴ Jedno dwukrotnie.

koniec I półrocza 2018 r. dwóch świadczeniodawców spoza ww. miejscowości²⁵ deklarowało spełnienie warunków dla poradni medycyny paliatywnej określonych w rozporządzeniu w sprawie świadczeń OPH, z tego jeden wskazał na niesatysfakcjonujące warunki finansowania, a drugi podał, iż jest gotowy do podpisania umowy. Ponadto trzy podmioty lecznicze wskazały na problemy z zakontraktowaniem wymaganej dostępności lekarza specjalisty medycyny paliatywnej.

(dowód: akta kontroli, str. 19-20, 95-98, 334-364, 1246-1261)

W latach 2017-2018 (I połowa) Oddział nie ogłosił postępowania na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej.

(dowód: akta kontroli, str. 19-20, 99)

2.4. Oddział corocznie zwiększał środki przeznaczone na kontraktację, aneksując umowy o udzielanie świadczeń OPH niewygasające z końcem okresu rozliczeniowego. Na rok 2016 rozdysponował pomiędzy świadczeniodawców kwotę 10 017,0 tys. zł (o 13,0% wyższą niż w 2015 r.), na rok 2017 – kwotę 12 461,7 tys. zł (o 24,4% wyższą niż w roku 2016). Rozdział dodatkowych środków związany był:

- przy ustalaniu warunków na rok 2016 – z zakupem dodatkowych 20 416 jednostek rozliczeniowych, z tego 1 658 z zakresu warunków stacjonarnych, 17 215 - warunków domowych, 1 543 – domowych dla dzieci. Środki przydzielone zostały tym świadczeniodawcom, którzy w 2015 r., w okresie poprzedzającym wystąpienie przez Oddział z propozycją, zawarli pisemne aneksy zwiększające liczbę zakontraktowanych świadczeń. W rezultacie dla 19 miejsc udzielania świadczeń kontrakty zwiększono od 7% do 173%;
- przy ustalaniu warunków na rok 2017 – z podniesieniem cen jednostkowych, z tego o 37,4% z zakresu warunków stacjonarnych, o 19,0% - warunków domowych, o 2,6% domowych dla dzieci, o 54,7% - warunków ambulatoryjnych. Mimo opisanego wzrostu, zaproponowane przez Oddział ceny kontraktowe były o 11%, a w przypadku świadczeń w warunkach domowych dla dorosłych nawet o 20% niższe niż taryfy obwieszczone przez Prezesa AOTMiT.

(dowód: akta kontroli, str. 17-18, 751-756)

Szczegółowe badanie sposobu aneksowania na lata 2017-2018 wybranych 20 umów wieloletnich wykazało, że propozycje (kwot zobowiązań i warunków finansowania) zostały przedstawione wszystkim świadczeniodawcom do 31 października, a ostateczne warunki uzgodnione do 30 listopada roku poprzedniego, co było zgodne z § 32 ust. 1 i 2 rozporządzenia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej²⁶ oraz procedurą aneksowania umów niewygasających z końcem okresu rozliczeniowego na podstawie ustawy o świadczeniach²⁷. W toku sprawdzania przez Oddział zaktualizowanego potencjału świadczeniodawców stwierdzono jednak nierzetelności, które opisane zostały w sekcji „stwierdzone nieprawidłowości”.

(dowód: akta kontroli, str. 1328-1330)

Poza aneksami zawieranymi w związku z ustaleniem warunków na nowy okres rozliczeniowy, w odniesieniu do lat 2015-2018 (I połowa) Oddział podpisał 104 aneksy zwiększające jego zobowiązanie finansowe w związku ze zwiększeniem

²⁵ Tj. jeden prowadzący poradnię medycyny paliatywnej w Mierzynie powiat policki oraz jeden prowadzący poradnię w Gryficach.

²⁶ Dz. U. z 2016 r., poz. 1146, ze zm., dalej: „rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów” lub „OWU”.

²⁷ Wprowadzonej przez Prezesa NFZ w 2011 r. na podstawie pisma nr CF/DSOZ/KI/2011/075/1795/W/21518/KI.

liczby zakontraktowanych świadczeń. Spośród nich, 59 zawartych było w trakcie okresu rozliczeniowego, do którego się odnosiły, a 45 – po jego upływie.

(dowód: akta kontroli, str. 751-756)

Ogółem w wyniku aneksów w poszczególnych latach zwiększono limity określone umowami na początku okresu rozliczeniowego:

- za 2015 r. w warunkach stacjonarnych o 18,1%, w warunkach domowych o 42,0%, w warunkach domowych dla dzieci o 25,2%;
- za 2016 r. w warunkach stacjonarnych o 1,2%, w warunkach domowych o 5,7%, w warunkach domowych dla dzieci o 2,4%;
- za 2017 r. w warunkach stacjonarnych o 9,5%, w warunkach domowych o 40,2%, w warunkach domowych dla dzieci o 13,4%, w warunkach ambulatoryjnych o 6,2%.

W odniesieniu do poszczególnych świadczeniodawców wzrost ten sięgał od 0,1% do 253,7% wielkości kontraktu w danym zakresie, z tego za 2015 r. od 0,3% do 253,7%, za 2016 r. od 0,1% do 60,4%, za 2017 r. od 0,7% do 108,3%. Podniesienia limitów o ponad 50% wielkości pierwotnych kontraktów w danym zakresie odnosiły się w latach 2015-2017 odpowiednio do siedmiu, jednego i ośmiu świadczeniodawców, przy czym sześciu z nich zaliczało się do tej grupy zarówno za 2015 r., jak i 2017 r.

(dowód: akta kontroli, str. 751-756)

2.5. W latach 2015-2018 (I półrocze) Oddział nie wystąpił do prokuratury lub Policji z podejrzeniem popełnienia przestępstwa lub wykroczenia w związku z kontraktowaniem świadczeń, ze względu na brak wystąpienia takich przesłanek.

(dowód: akta kontroli, str. 314)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. Oddział nierówno traktował świadczeniodawców udzielających świadczeń OPH, gdyż w latach 2016-2017 z czterema zawierał aneksy uwzględniające nadwykonania i zwiększające limity świadczeń w warunkach domowych dla dorosłych, w trakcie okresu rozliczeniowego, podczas gdy siedmiu świadczeniodawców na realizację swych postulatów w tym zakresie musiało czekać do końca okresu rozliczeniowego²⁸. Takie działanie stanowiło naruszenie art. 134 ustawy o świadczeniach. Jednocześnie po złożeniu przez świadczeniodawców siedmiu wniosków o renegotiację umowy w Oddziale w ciągu 30 dni nie podjęto czynności w celu zmiany umowy, a wnioskodawców nie poinformowano w tym terminie na piśmie o swoim stanowisku, co stanowiło naruszenie § 43 ust. 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów.

Szczególne skutki takiego postępowania ujawniły się przy rozliczaniu nadwykonań za rok 2016. Po zakończeniu tego okresu rozliczeniowego Oddział zawierał ze świadczeniodawcami ugody, płacąc 80% ceny kontraktowej za zrealizowane świadczenia nadlimitowe. Czterech świadczeniodawców, których nadwykonania rozliczane były aneksami, osiągnęli finansowanie części nadlimitowych świadczeń na poziomie 100% ceny²⁹. Powyższe w ocenie Izby mogło wpływać na pozycję konkurencyjną podmiotów leczniczych.

²⁸ W tym odnośnie do świadczeń za 2017 r. poprzez zawarcie aneksów 27 grudnia 2017 r.

²⁹ W przypadku niezawarcia tych aneksów i rozliczeniu całości świadczeń nadlimitowych na podstawie ugód, w ramach których za świadczenia płacono 80% ceny kontraktowej, świadczeniodawcy ci osiągnęliby przychody niższe łącznie o 53,0 tys. zł, z tego jeden niższe o ponad 21 tys. zł.

Dyrektor wskazał na zmiany w planach finansowych Oddziału. Wyjaśnił ponadto, że Oddział przyjął zasadę finansowania nadlimitów w trakcie okresu rozliczeniowego zgodnie z kolejnością: świadczenia udzielane w warunkach stacjonarnych, świadczenia udzielane na rzecz dzieci, świadczenia udzielane kompleksowo. W kwestii niepoinformowania świadczeniodawców w ciągu 30 dni na piśmie o swoim stanowisku wskazał, że czynił to telefonicznie. Niemniej w miarę posiadanych środków zapewnił finansowanie wszystkim świadczeniodawcom OPH po zakończeniu okresu rozliczeniowego.

(dowód: akta kontroli, str. 751-756, 1279, 1288-1327, 1352-1353)

NIK zauważa, że przepis § 43 ust. 2 załącznika do OWU daje Dyrektorowi pewien margines uznania, powinien on jednak powstrzymać się od nierównego traktowania wnioskodawców.

2. Oddział zawarł 11 aneksów do czterech umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju OPH, w których w 13 przypadkach³⁰, zwiększył – w związku z nadwykonaniami – przewidziane umową limity świadczeń na 2017 r. ponad możliwości³¹ wskazane przez świadczeniodawców do umowy (w zakresie personelu lub sprzętu). Nie zweryfikowano przy tym, czy potencjał wskazany do umowy uległ zmianie.

Zgodnie z wykazanymi w umowach potencjałami jeden z dwóch świadczeniodawców prowadzących hospicja stacjonarne po ww. zwiększeniu limitów świadczeń nie spełniał warunków w zakresie liczby koncentratorów tlenu, a drugi w zakresie czasu pracy fizjoterapeutów. Jeden z trzech świadczeniodawców prowadzących hospicja domowe dla zwiększonych limitów świadczeń nie spełniał warunków w zakresie liczby ssaków, drugi w zakresie liczby koncentratorów tlenu oraz czasu pracy pielęgniarek, a trzeci w zakresie liczby ssaków, koncentratorów tlenu, czasu pracy psychologów, a w przypadku dwóch aneksów również czasu pracy lekarzy i fizjoterapeutów.

Wartość zwiększenia kontraktów ponad limity wynikające z określonych umowami zasobów wyniosła: dla świadczeń w warunkach domowych 637,9 tys. zł, a dla świadczeń w warunkach stacjonarnych 299,3 tys. zł³².

Dyrektor wyjaśnił m.in., że na świadczeniodawcy, który realizuje kontrakt, spoczywa obowiązek spełnienia wymogów określonych warunkami kontraktowania oraz bieżącego aktualizowania potencjału wykonawczego. Świadczeniodawcy posiadają większe zasoby potencjału do realizacji nadlimitów, które nie są na bieżąco przypisywane do konkretnych umów i zakresów. Dyrektor wskazał również, że w protokołach renegotjacji Fundusz zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia przyszłej kontroli realizacji umowy. Dyrektor podniósł również, że zgodnie z wyjaśnieniami większości świadczeniodawców dysponowali oni większym zasobem niż wskazany w umowach, do realizacji świadczeń ponadlimitowych. Z wyjaśnień jednego wynikało natomiast, że częstotliwość i potrzeba korzystania ze świadczeń personelu uwarunkowana jest stanem zdrowia pacjenta.

(dowód: akta kontroli, str. 617-620, 647-648, 751-756, 930-940, 1061-1141, 1283-1284, 1328-1330, 1328-1330, 1368-1375)

³⁰ W zakresie hospicjum stacjonarnego aneksy nr: 29, 33, 35, 36 do umowy 16-00-00857-14-03/06-02-14-001, aneksy nr 24,25 do umowy nr 16-00-04488-14-04/06-02-14-023, w zakresie hospicjum domowego: aneksy nr 30, 35, 36 do umowy nr 16-00-00857-14-03/06-02-14-001, nr 29 i 30 do umowy nr 16-00-01932-14-16/06-02-14-016, aneksy nr 22, 23 do umowy nr 16-00-04666-14-05/06-02-14-024.

³¹ Zwiększone aneksami limity świadczeń (w ujęciu rocznym) przekraczały limit określony wskazanym do umowy zasobem dla sprzętu o od 0,7% do 61,7%, dla personelu o od 2,5% do 41,7%.

³² Tj. odpowiednio 28,1% i 7,7% wartości kontraktów zawartych w ww. zakresach z tymi świadczeniodawcami.

NIK zauważyła, że niezależnie od obowiązków nałożonych na świadczeniodawców w zakresie aktualizacji potencjału, Oddział powinien weryfikować ich możliwości co do prawidłowego wypełniania warunków kontraktów, szczególnie w przypadku zwiększania limitów świadczeń. Wskazania wymaga, że żaden z ww. świadczeniodawców nie był w latach 2017-2018 objęty kontrolą Oddziału.

3. W 18 przypadkach dotyczących ośmiu świadczeniodawców (z 56 badanych dotyczących 20 świadczeniodawców) w procesie aktualizacji umów wieloletnich na kolejny okres rozliczeniowy (lata 2017 i 2018) nierzetelnie zweryfikowano potencjał świadczeniodawców w kontekście spełniania warunków koniecznych do realizacji świadczeń, obowiązujących w okresie rozliczeniowym, którego dotyczyła propozycja finansowa. Obowiązek weryfikacji tego potencjału wynikał z pkt. 2.10. Procedury aneksowania umów niewygasających z końcem okresu rozliczeniowego na podstawie ustawy o świadczeniach. Skutkiem powyższego dokonano pozytywnej oceny potencjału świadczeniodawców, mimo iż wykazane przez nich i przeniesione do umów na nowy okres warunki realizacji świadczeń nie odpowiadały wymogom:

- części II ust. 3 pkt 8 załącznika nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej³³, tj. nie wykazano zapewnienia neseseru pielęgniarskiego dla każdej z wykazanych pielęgniarek – w pięciu przypadkach dotyczących trzech świadczeniodawców³⁴;
- części II ust. 3 pkt 1 i 2 załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń OPH, tj. dla konkretnego miejsca udzielania świadczeń nie wykazano zapewnienia wymaganej liczby koncentratorów tlenu i ssaków elektrycznych w przeliczeniu na 10 świadczeniobiorców – w dwóch przypadkach dotyczących jednego podmiotu³⁵;
- części II ust. 3 pkt 2 załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń OPH, tj. dla konkretnego miejsca udzielania świadczeń nie wykazano zapewnienia wymaganej liczby ssaków elektrycznych w przeliczeniu na 10 świadczeniobiorców – w jednym przypadku³⁶;
- części III ust. 1 pkt 2 załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń OPH, tj. nie wykazano udzielania świadczeń przez pielęgniarkę posiadającą wymagane kwalifikacje – w jednym przypadku³⁷;
- części III ust. 2 załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń OPH, tj. nie wykazano, aby poradnia była czynna chociaż w jeden dzień w tygodniu do godziny 18:00 – w dwóch przypadkach dotyczących jednego podmiotu³⁸;
- części III pkt 2 załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń OPH, tj. nie wykazano dostępności personelu poradni innego niż lekarski w wymiarze trzech dni w tygodniu po 2,5 godz. dziennie, w tym jeden dzień w godzinach popołudniowych do godz. 18:00 – w ośmiu przypadkach dotyczących czterech świadczeniodawców³⁹.

(akta kontroli str. 757-929, 1328-1330)

³³ Dz. U z 2018 r. poz. 742, ze zm., dalej: „rozporządzenia w sprawie świadczeń OPH”.

³⁴ W potencjale zaprezentowanym dla hospicjum domowego: na rok 2018 przez świadczeniodawcę nr 160003863, na rok 2017 oraz na rok 2018 przez świadczeniodawcę o nr 160004072, na rok 2017 oraz na rok 2018 przez świadczeniodawcę nr 160003614.

³⁵ W potencjale zaprezentowanym przez podmiot leczniczy nr 160004192 na rok 2017 i 2018.

³⁶ W potencjale zaprezentowanym przez podmiot leczniczy o nr 160003066 dla hospicjum domowego na rok 2017.

³⁷ W potencjale wykazanym przez podmiot leczniczy nr 160004072 na rok 2018.

³⁸ W potencjale zaprezentowanym przez podmiot leczniczy nr 160003614 na rok 2017 oraz na rok 2018.

³⁹ W potencjale zaprezentowanym przez podmiot leczniczy nr 160004072 na rok 2017 i 2018, podmiot leczniczy nr 160000737 na rok 2017 i 2018, podmiot leczniczy nr 160000907 na rok 2017 i 2018, podmiot leczniczy nr 160000857 na rok 2017 i 2018.

Kontrakty z tymi świadczeniodawcami wyniosły na rok 2017 1 538,2 tys. zł, za I półrocze 2018 r. 422,8 tys. zł.

(akta kontroli str. 19-20)

Dyrektor wyjaśnił m.in., że powyższe przypadki wynikały ze: złożenia oświadczenia o spełnieniu warunków przez świadczeniodawcę; sprawdzenia potencjału przez pracownika Oddziału za pomocą tzw. raportu Automatycznego Tworzenia Szablonów Umów, który nie wykazywał nieprawidłowości; braku automatycznej weryfikacji potencjału w odniesieniu do warunków wymaganych; nakładania się terminowych zadań Oddziału na przełomie roku kalendarzowego; czasochłonności i dużego nakładu pracy podczas szczegółowej weryfikacji zgłoszeń zmian do umowy. Wskazał ponadto, że braki dotyczące potencjału wykonawczego świadczeniodawców nie wpłynęły znacząco na realizację świadczeń i zmniejszenie dostępności dla pacjentów OPH. Podkreślił również, że przeoczenia mają charakter incydentalny, a weryfikacja potencjału wykonawczego odbywa się w Oddziale bardzo szczegółowo i rzetelnie.

Jednocześnie Dyrektor wyjaśnił, że – jak podali świadczeniodawcy (w trakcie kontroli NIK – przypis NIK) – dysponowali oni wymaganym potencjałem, a nieprawidłowości w zgłaszanym zasobie wynikały głównie z pomyłek i trudności w obsłudze Systemu Zarządzania Obiegiem Informacji (SZOI).

(akta kontroli str. 608-616, 622-634, 637, 677-681)

Odnosząc się do niezakwestionowania przez Oddział dostępności personelu poradni innego niż lekarski w wymiarze mniejszym niż trzy dni w tygodniu po 2,5 godziny dziennie, w tym jeden dzień w godzinach popołudniowych do godziny 18:00, Dyrektor wyjaśnił, że zapisy rozporządzenia w sprawie świadczeń OPH nie określają, że każda z grup zawodowych personelu wyróżnionego w części III ust. 2 załącznika nr 2 do tego rozporządzenia winna udzielać świadczeń w takim wymiarze. Czytając literalnie przedmiotowy załącznik można stwierdzić, że poradnia ma być czynna 3 dni w tygodniu, jeden dzień w godzinach popołudniowych – do godziny 18:00. Podniósł też, że bezpośrednimi realizatorami świadczeń gwarantowanych są lekarze specjaliści medycyny paliatywnej lub lekarze w trakcie tej specjalizacji.

Izba zauważyła, że świadczenia w poradni mają być realizowane nie tylko przez personel lekarski, ale również pielęgniarki i psychologów. W związku z tym wykładnia celowościowa wskazuje na zasadność realizacji świadczeń minimum przez 3 dni po 2,5 dziennie, w tym raz w godzinach popołudniowych.

4. Oddział, ustalając propozycje kwot zobowiązań i warunków finansowania świadczeń OPH w warunkach domowych na lata 2017 i 2018, zaproponował odpowiednio trzem⁴⁰ i ośmiu⁴¹ świadczeniodawcom wielkość kontraktu znacznie poniżej wykonania za rok poprzedni (na poziomie poniżej 65%, nawet 46,4%), nie uwzględniając przy tym w dwóch⁴² przypadkach również wykonania w roku bieżącym. Naruszono tym samym § 32 ust. 3 pkt 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów, który nakazywał przy opracowywaniu ww. propozycji uwzględnianie m.in. realizacji świadczeń w bieżącym i poprzednich okresach rozliczeniowych.

Dyrektor wyjaśnił m.in., że przygotowując propozycje Oddział posiada zweryfikowane dane za okres ośmiu, dziewięciu miesięcy. W tym czasie nie można

⁴⁰ O nr: 160001932, 160002624, 160003614.

⁴¹ O nr: 160003863, 160000882, 160004191, 160003614, 160001977, 160001932, 1600002624, 160004666.

⁴² Świadczeniodawca nr 160001932, dla którego propozycję na lata 2017-2018 ustalono na poziomie poniżej 65% limitu wynikającego z aneksów zawartych do końca września odpowiednio lat 2016 i 2017.

odnieć się do pełnej realizacji za cały rok, ponieważ rozliczenie końcowe następuje 45 dni po zakończeniu umów. Trudno precyzyjnie oszacować kontrakt, gdyż poziom realizacji jest cechą zmienną, która uwarunkowana jest liczbą pacjentów, ciężkością stanu klinicznego, długością objęcia opieką, jak również nieznaną liczbą pacjentów nowych trafiających do placówek. Dlatego też Oddział w planie zakupu zabezpiecza środki, aby w drodze renegotiacji umów sfinansować świadczenia oparte już na rzeczywistej realizacji w ramach dostępnych środków.

(dowód: akta kontroli, str. 19-20, 751-756, 1328-1330)

W odniesieniu do złożonych wyjaśnień Izba zauważa, że powołane wyżej przepisy nakazują uwzględnienie realizacji świadczeń nie tylko w bieżącym, ale również w poprzednich okresach rozliczeniowych. W momencie wysyłania propozycji do świadczeniodawców dane w tym zakresie są Oddziałowi znane. Podkreślenia wymaga też, że w przypadku wskazanych ośmiu podmiotów realizacja świadczeń ponadlimitowych, usankcjonowanych potem w drodze aneksów lub ugód, nabrała charakteru procesu stałego, a nie okresowego. Istotna jest również skala rozbieżności – wykonania za lata 2016-2017 przekraczały w przypadku tych podmiotów 150% limitu przyznanego na początku roku. Zwrócić należy też uwagę na konsekwencje zaniżania wielkości kontraktu na początku okresu rozliczeniowego i finansowania świadczeń opartych na rzeczywistej realizacji: skutkowało to dużą liczbą aneksów zwiększających limity świadczeń, dodatkowym obciążeniem dla pracowników Oddziału i – na co wskazują wnioskujący o aneksy świadczeniodawcy – zachwianiem ich płynności finansowej.

5. W składzie komisji konkursowych⁴³ powołanych do rozstrzygnięcia trzech⁴⁴ z pięciu badanych postępowań nie zapewniono przynajmniej jednej osoby posiadającej wyższe wykształcenie i tytuł zawodowy magistra lub równorzędny w dziedzinie nauk medycznych, stosownie do § 6 ust. 2 rozporządzenia w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy. Zamiast tego, do pracy w ww. komisjach skierowano osoby z wyższym wykształceniem na kierunku pielęgniarstwo lub zdrowie publiczne.

Dyrektor wyjaśnił m.in., że nie podziela opinii, iż pracownik z wyższym wykształceniem pielęgniarskim nie spełnia wymogu, o którym mowa w § 6 ust. 2 rozporządzenia w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy. Skoro bowiem medycyna należy do dziedziny nauk medycznych, to pielęgniarstwo jako zawód medyczny do takiej dziedziny również należy.

(dowód: akta kontroli str. 104, 440, 574-582)

Izba wskazuje, iż w obowiązującym do 30 września 2018 r. stanie prawnym, pielęgniarstwo i zdrowie publiczne należały do dziedziny nauk o zdrowiu, która jest jednak dziedziną odrębną od dziedziny nauk medycznych, wskazanej w wykazie stanowiącym załącznik do rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 8 sierpnia 2011 r. w sprawie obszarów wiedzy, dziedzin nauki i sztuki oraz dyscyplin naukowych i artystycznych⁴⁵. Zgodnie z ww. wykazem, do dziedziny nauk medycznych zalicza się medycynę, stomatologię i biologię medyczną.

OCENA CZĄSTKOWA

W kontrolowanym okresie, Dyrektor ogłaszał dodatkowe postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w tym rodzaju. W toku

⁴³ Powołanych zarządzeniem Dyrektora Oddziału NR 10/18 z 9 lutego 2018 r. (zmienionej zarządzeniem nr 19/18), Nr 25/18 z 13 marca 2018 r. i Nr 48/18 z 22 maja 2018 r.

⁴⁴ Postępowania nr 16-18-000179/OPH/15/1/15.4180.021.02/01, 16-18-000039/OPH/15/1/15.4180.021.02/01, 16-18-000048/OPH/15/1/15.4180.021.02/01.

⁴⁵ Dz. U. Nr 179, poz. 1065 - uchylone z dniem 1 października 2018 r. przez art. 169 pkt 2 ustawy z dnia 3 lipca 2018 r. Przepisy wprowadzające ustawę - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. poz. 1669).

prowadzonych konkursów poprawnie oceniano spełnienie przez oferentów wymogów koniecznych do udzielania świadczeń. Nierzetelności większej skali wystąpiły w toku oceny zaktualizowanego potencjału świadczeniodawców w zakresie spełniania warunków koniecznych do realizacji świadczeń podczas aneksowania umów. Były one tym istotniejsze, że miały wpływ na treść zawartych ze świadczeniodawcami umów, a realizacja świadczeń finansowanych w ich wyniku mogła odbywać się w warunkach niezgodnych z rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu OPH.

OBSZAR

Opis stanu
faktycznego

3. Rozliczanie świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej

3.1. W okresie objętym kontrolą Oddział za udzielone świadczenia OPH zapłacił łącznie 47 548,2 tys. zł, w tym 1 545,8 tys. zł stanowiły kwoty zapłacone za świadczenia wykonane ponad ustalone limity (3,8% ogółu wydatków z lat 2015-2017). Kwoty wypłacone ponad ustalone limity dotyczyły tylko świadczeń udzielonych w 2016 r.⁴⁶, stanowiąc 15,8% całkowitej wartości świadczeń udzielonych w tym roku (9 814,3 tys. zł). Świadczenia wykonane ponad limit sfinansowano w 2017 r. na podstawie 20 ugód, jednakowo dla wszystkich podmiotów, na poziomie 80% ceny kontraktowej za wszystkie wykazane przez nich jednostki rozliczeniowe.

Dyrektor podał m.in., że zawarte w 2017 r. ugody, obejmujące 2016 r., dotyczące rozliczenia umów wieloletnich były renegocjowane ze względu na potrzeby tych podmiotów. Zdaniem Dyrektora nie sposób przyjąć, iż świadczenia OPH – jako te, które nie są „ratującymi życie” – nie powinny być uwzględniane w rozliczeniu, o którym mowa w rozporządzeniu w sprawie ogólnych warunków umów. Pogorszenie OPH niewątpliwie może przyspieszyć śmierć pacjenta, w każdym przypadku pogarsza jakość życia chorej osoby.

(akta kontroli str. 17-19, 537-541, 941-1060, 1265-1287)

18 świadczeniodawców nie zrealizowało świadczeń OPH o wartości 140,5 tys. zł (spośród 20 378,0 tys. zł zakontraktowanych), tj. 0,7%, w tym sześciu świadczeniodawców nie wykonało ponad 10% świadczeń zakontraktowanych. W pięciu spośród sześciu tych świadczeniodawców dotyczyło to świadczeń niewykonanych w poradni, a w jednym przypadku oddziału w hospicjum stacjonarnym. Niewykonania spowodowane były głównie tym, że cztery podmioty miały możliwość objęcia potrzebujących pacjentów opieką kompleksową, a pacjenci ci częściej trafiali do hospicjum domowego czy stacjonarnego niż do poradni. W jednym przypadku świadczeniodawca dopiero rozpoczął udzielanie świadczeń na oddziale medycyny paliatywnej (od 2018 r.), co wiązało się z czasem potrzebnym na dotarcie z informacją do potencjalnych pacjentów i lekarzy o możliwości kierowania pacjentów na te świadczenia.

(akta kontroli str. 17-20, 476-522, 534-541)

Dyrektor wyjaśnił, że Oddział monitorował poziom realizacji umów OPH poprzez comiesięczne analizy/zestawienia obejmujące realizację świadczeń (okresu, liczby i wartości) narastająco od początku roku w rozbiciu na świadczeniodawców i na zakresy świadczeń, ustalając na ich podstawie procent realizacji świadczeń obrazujący przekroczenia bądź niewykonania kontraktu. W przypadkach niewykonania umowy Oddział wyjaśniał zaistniałą sytuację (np. kontakt telefoniczny ze świadczeniodawcą), natomiast w przypadku przekroczenia kontraktu podejmował

⁴⁶ W poszczególnych zakresach: 1 334,8 tys. zł dla warunków domowych dla dorosłych, 51,2 tys. zł dla warunków domowych dla dzieci i 159,8 tys. zł dla warunków stacjonarnych.

decyzje o ewentualnym sfinansowaniu usług priorytetowych dla Oddziału, np. świadczeń dla dzieci, bądź stacjonarnej opieki hospicyjnej.

(akta kontroli str. 310-320)

Weryfikacja przez Oddział sprawozdań statystycznych przedkładanych przez świadczeniodawców, poprzedzających wystawienie faktury, polegała na automatycznym sprawdzeniu przez system informatyczny (KS-SIKCH⁴⁷) m.in.:

- występowania personelu realizującego świadczenie w potencjale przekazanym w umowie,
- wskazania wymaganej przyczyny udzielenia świadczenia, współwystępowania świadczeń, których sumowanie jest niedozwolone,
- czy pacjent o danym PESEL, któremu udzielono świadczenia, nie figuruje jako osoba zmarła.

Łącznie Oddział zakwestionował w badanym okresie świadczenia o wartości 3 879,4 tys. zł (8,2% wartości świadczeń w bazie danych Oddziału⁴⁸).

(akta kontroli str. 310-325, 660-667)

3.2. W latach 2015-2018 (I półrocze) Oddział skontrolował trzech spośród 25 świadczeniodawców udzielających świadczeń OPH. Ocenie podlegało niecałe 0,5% świadczeń udzielonych w tym okresie. Były to kontrole zaplanowane i zrealizowane w 2015 r. W badanych latach Oddział nie prowadził kontroli doraźnych skargowych w tym zakresie. Kontrole planowe obejmowały ocenę realizacji zapisów umowy w zakresie świadczenia w hospicjum domowym, w okresach od lipca 2014 r. do czerwca 2015 r.⁴⁹ Nieprawidłowości stwierdzono we wszystkich kontrolowanych podmiotach, w jednym przypadku nakładając karę finansową, zobowiązując świadczeniodawcę do prowadzenia dokumentacji medycznej i udzielania świadczeń zgodnie z obowiązującymi przepisami. W wyniku kontroli odzyskano 267,93 zł.

Przedmiotem kontroli i monitoringu Oddziału nie było ewentualne ograniczanie przez świadczeniodawców usług psychologa, rehabilitanta i badań diagnostycznych, mogące również skutkować podwójnym finansowaniem świadczeń (w ramach OPH i odrębnie w ramach innego rodzaju świadczeń). Dyrektor OW NFZ wyjaśnił, że było to realizowane w ramach kontroli merytorycznej raportów statystycznych z wykorzystaniem reguł weryfikacyjnych.

(akta kontroli str. 261-309)

3.3. Na realizację świadczeń OPH w okresie objętym kontrolą do Oddziału wpłynęło pięć skarg. Zostały one złożone na świadczeniodawców i dotyczyły odmowy realizacji świadczeń, odmowy przeprowadzenia wizyty lekarskiej lub nieodpowiedniej liczby tych wizyt oraz jakości udzielonych świadczeń. Wszystkie skargi zostały rozpatrzone zgodnie z zarządzeniem nr 31/2010/DSS Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 lipca 2010 r. w sprawie rozpatrywania skarg i wniosków w Narodowym Funduszu Zdrowia⁵⁰. Oddział prowadził korespondencję z podmiotami, na które zostały one złożone, uzyskując stosowne wyjaśnienia. Trzy spośród pięciu złożonych skarg (dotyczące odmowy i jakości udzielonych świadczeń, w tym nieodpowiedniej liczby wizyt lekarskich) zostały przez

⁴⁷ Firmy KAMSOFT S.A.

⁴⁸ 47 324,5 tys. zł.

⁴⁹ Odpowiednio za okresy: od lipca 2014 r. do stycznia 2015 r., od stycznia do kwietnia 2015 r. i od stycznia do czerwca 2015 r.

⁵⁰ Dz. Urz. NFZ z 2015 r. poz. 33.

Oddział uznane za zasadne, o czym poinformowano skarżących. W przypadkach tych nie przeprowadzano kontroli i odstąpiono od zastosowania sankcji przewidzianych w umowie, z powodu wystąpienia losowego przypadku (braku wizyty lekarskiej), braku powtarzających się skarg na te podmioty oraz nieuznania tych przypadków za rażące naruszenie umowy.

(akta kontroli str. 200-260, 310-320, 326-328)

3.4. W latach 2015-2018 (I półrocze) na podstawie umów zawartych przez Oddział z 24 świadczeniodawcami udzielono świadczeń OPH o łącznej wartości 49 196,2 tys. zł, z tego 16 528,9 tys. zł w warunkach stacjonarnych, 427,6 tys. zł w warunkach ambulatoryjnych, 29 752,7 tys. zł w warunkach domowych, a kwota 2 487,0 tys. zł stanowiła koszty świadczeń – dodatkowe wynagrodzenia dla pielęgniarek. Opieką objętych zostało 10 125 pacjentów, w tym 9 516 (94,0%) pacjentów nowotworowych. Przeciętny okres objęcia opieką wyniósł⁵¹: 20 dni dla warunków stacjonarnych, 85 dla warunków domowych dla dorosłych i 196 dla warunków domowych dla dzieci. Średnia liczba porad dla warunków ambulatoryjnych wyniosła 4. Ze względu na zniesienie obowiązku dotyczącego monitorowania osób oczekujących, Oddział od 1 kwietnia 2015 r. nie dysponował wiedzą o listach oczekujących do objęcia świadczeniami OPH.

Na terenie województwa zachodniopomorskiego wskaźniki liczby jednostek rozliczeniowych dla poszczególnych zakresów OPH na 10 tys. mieszkańców w latach 2015-2017 wyniosły odpowiednio:

- 106,2; 106,1 i 109,1⁵² dla warunków stacjonarnych;
- 951,0; 1 058,7 i 1 071,5 w warunkach domowych dla dorosłych;
- 86,2; 84,6 i 88,6⁵³ w warunkach domowych dla dzieci;
- 18,6; 17,4 i 18,6⁵⁴ dla warunków ambulatoryjnych.

Większość wskaźników była niższa od średniej krajowej i stanowiła: w warunkach stacjonarnych 42,3%, 37,9%, 38,8%⁵⁵; w warunkach domowych dla dorosłych 74,9%, 75,1%, 75,7%⁵⁶; w warunkach domowych dla dzieci 77,7%, 63,1%, 65,8%⁵⁷; w warunkach ambulatoryjnych 103,3%, 92,6%, 98,4%⁵⁸ średniej krajowej⁵⁹.

Odnośnie do przyczyny powyższego Dyrektor wskazał, że:

- pomimo, iż Oddział z roku na rok przeznacza coraz większe nakłady na OPH, to inne oddziały również zwiększały nakłady w tym zakresie, co nie powodowało polepszenia tych wskaźników. Wskaźniki dostępności do świadczeń liczone na 10 tysięcy mieszkańców uwarunkowane są czynnikami zewnętrznymi, na które Oddział nie ma wpływu;
- porównując wskaźniki dostępności pomiędzy województwami należałoby porównać również potencjał wykonawczy znajdujący się na terenie danego województwa, który w dużej mierze warunkuje wielkość kontraktowanych świadczeń (liczba poradni, hospicjów domowych i stacjonarnych wraz zapleczem kadrowym - ciągły brak lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny paliatywnej zainteresowanych pracą

⁵¹ Obliczony na podstawie średniej z pełnych trzech lat (2015-2017).

⁵² Uwzględniono zmianę liczby jednostek rozliczeniowych z osobodni na punkty - 665,7/6,1.

⁵³ Uwzględniono zmianę liczby jednostek rozliczeniowych z osobodni na punkty - 141,7/1,6.

⁵⁴ Uwzględniono zmianę liczby jednostek rozliczeniowych z osobodni na punkty - 18,4/0,99.

⁵⁵ Średniej krajowej stanowiącej odpowiednio: 251,1, 280,2, 281,5.

⁵⁶ Średniej krajowej stanowiącej odpowiednio: 1 269,8, 1 408,9, 1 415,4.

⁵⁷ Średniej krajowej stanowiącej odpowiednio: 111,0, 134,0, 134,6.

⁵⁸ Średniej krajowej stanowiącej odpowiednio: 18,8, 18,8, 18,9.

⁵⁹ Wyliczonej przez Centralę NFZ dla tych lat.

w systemie ubezpieczenia społecznego - oraz sprzętowym). Województwa posiadające większy potencjał wykonawczy mogą zakontraktować większą liczbę usług, a tym samym osiągnąć wyższy wskaźnik;

- zwiększanie samych nakładów finansowych bez jednoczesnego wzrostu zasobów wykonawczych w województwie, na co Oddział nie ma bezpośredniego wpływu, nie spowoduje istotnych zmian w kształtowaniu się wskaźników dostępności liczonych na 10 tys. mieszkańców.

(akta kontroli str. 17-18, 1264, 1265-1279)

W poszczególnych latach świadczenia zabezpieczono na poziomie: w 2015 r. 72,2%, w 2016 r. 76,0%, w 2017 r. 79,7% – w zakresie liczby i w 2015 r. 99%, w 2016 r. 97,6%, w 2017 r. 97% – w zakresie kwotowym (licząc jako stosunek liczby i wartości świadczeń OPH zakontraktowanych do liczby i wartości świadczeń udzielonych). Na początek każdego roku wskaźniki te wynosiły ilościowo odpowiednio: 72,2%, 76% i 79,7%, a wartościowo odpowiednio: 75,4%, 82,5% i 78,7%. Pierwotne wielkości zakontraktowane na świadczenia były niższe od faktycznie zakontraktowanych na koniec każdego roku i po dodatkowym zwiększeniu ich po upływie roku. Pierwotnie zakontraktowane świadczenia na lata 2015-2017 zwiększono o odpowiednio 30,4%, 18,3% i 23,5%.

Dyrektor wyjaśnił, że fakt, iż kontrakty na początku roku są niższe niż rzeczywista realizacja usług w poprzednich latach, nie uniemożliwia ich wzrostu w ciągu roku. Są to świadczenia priorytetowe dla Oddziału. Wskazał, że dokonywanie zapłaty za faktycznie zrealizowane świadczenia umożliwia bardziej racjonalne wykorzystanie środków finansowych i nie powoduje zamrożenia środków tam, gdzie świadczenia nie są w pełni realizowane, a pozwala zwiększyć kontrakty w obszarach, gdzie wystąpiła wysoka realizacja świadcząca o większym niż dotychczasowy kontrakt zapotrzebowaniu na wykonywane usługi.

(akta kontroli str.17-18, 668-708)

Analiza w zakresie udzielania świadczeń OPH wszystkim pacjentom (na podstawie udzielonych świadczeń mieszkańcom Województwa przez Oddział, bez uwzględnienia migracji) wykazała, że:

- wskaźnik liczby pacjentów w stosunku do liczby mieszkańców na terenach wiejskich był niższy niż na terenach miejskich (pozostałych). Wskaźnik ten dla tej grupy pacjentów wynosił w latach 2015-2017 odpowiednio: 11,4, 12,0 i 11,7, podczas gdy dla pozostałej grupy wynosił 21,1, 22,1 i 21,1, natomiast dla całego województwa zachodniopomorskiego stanowił: 18,1, 18,9 i 18,1.
- wskaźnik ten dla pięciu powiatów, na terenie których nie było poradni medycyny paliatywnej (łobeski, drawski, stargardzki, choszczeński i walecki), był niższy niż w pozostałych powiatach Województwa i wynosił w latach 2015-2017 odpowiednio: 12,3, 14,3 i 13,2, podczas gdy dla pozostałej grupy powiatów: 20,4, 21,0 i 20,3, a dla całego Województwa: 18,0, 18,8 i 18,1.

Dyrektor podał, że ww. wskaźnik niższy dla terenów wiejskich w porównaniu do miejskich nie świadczy o braku dostępności do usług. Wynika to głównie z kontraktowania do poziomu powiatu, a nie gminy, jednej z najniższej w Polsce gęstości zaludnienia w województwie zachodniopomorskim na terenach wiejskich, ograniczonych zasobach personelu lekarskiego zainteresowanych pracą zwłaszcza na obszarach wiejskich, mniejszą świadomością pacjentów z terenów wiejskich, mniejszą liczbą zgonów na terenach wiejskich w porównaniu do miejskich. Mniejsza liczba pacjentów z obszarów wiejskich może wynikać z faktu, że pacjenci nie chcą korzystać ze świadczeń OPH, zapewniając opiekę pacjentom w ramach rodziny czy

też korzystają z innych form opieki, np. pielęgniarki i lekarza POZ, pielęgniarki opieki długoterminowej, opieki w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych /opiekuńczo-leczniczych.

(akta kontroli str. 524-533, 668-708)

Stwierdzona
nieprawidłowość

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

Oddział zapłacił w ośmiu przypadkach kwotę łącznie 2 496,06 zł za świadczenia udzielone w poradni medycyny paliatywnej i hospicjum domowym dla dorosłych niezgodnie z zawartymi umowami, tj. za pięciu pacjentów o kodach rozpoznania spoza katalogu określonego w tabeli nr 1 załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń z OPH. Tymczasem świadczeniami z zakresu OPH mogą być objęci tylko pacjenci o kodzie rozpoznania wskazanym w tym załączniku.

Dyrektor wyjaśnił m.in., że w ramach kontroli merytorycznej raportów statystycznych wykorzystywane są centralne reguły weryfikacyjne. Weryfikacja zgodności kodów z ujętymi w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu OPH odbywała się sprawdzeniem 51005032⁶⁰. Analiza wskazanych przypadków wskazała, że przedmiotowe sprawdzenie było obarczone błędem wynikającym z nieaktualnej macierzy. Powyższe zostało zgłoszone w ramach obowiązującej procedury do Centrali NFZ. Aktualnie wszystkie pozycje zostały zakwestionowane i wyegzekwowano stosowne korekty od świadczeniodawców.

(akta kontroli str. 557-565, 638-650)

Przyjmując powyższe wyjaśnienia NIK zauważa, że sposób sprawowania przez Oddział kontroli, tj. obowiązku wynikającego z art. 107 ust. 5 pkt. 12 lit. b ustawy o świadczeniach, był niewystarczający. Nieprzeprowadzenie przez okres 2,5 roku żadnej kontroli w zakresie warunków stacjonarnych, domowych dla dzieci oraz ambulatoryjnych, skontrolowanie na miejscu jedynie trzech spośród 25 podmiotów udzielających świadczeń (wszystkie kontrole w 2015 r.) oraz nieprzeprowadzenie kontroli w żadnym z pięciu podmiotów, na które zostały złożone skargi, z których trzy zostały uznane przez Oddział za zasadne, jak również w żadnym z czterech podmiotów, w przypadku zwiększania limitów świadczeń ponad wykazany w umowach potencjał, wskazuje że system kontroli w Oddziale nie spełniał funkcji prewencyjnej, co może mieć negatywny wpływ na jakość, dostępność i prawidłowość udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz prawidłowość ich rozliczania. Fundusz wypełnia funkcję płatnika środków pochodzących z obowiązkowych składek ubezpieczenia zdrowotnego i w związku z powyższym ze szczególną starannością winien monitorować jakość i sposób udzielania świadczeń zdrowotnych udzielanych osobom ubezpieczonym, za które w latach 2015-2018 (I półrocze) zapłacił 47,5 mln zł.

OCENA CZĄSTKOWA

NIK pozytywnie ocenia rozliczanie świadczeń OPH, wskazując jednocześnie, że sposób sprawowania przez Oddział kontroli, tj. obowiązku wynikającego z art. 107 ust. 5 pkt. 12 lit. b ustawy o świadczeniach, był niewystarczający.

Oddział dokonywał zwiększenia limitów (zawierał aneksy zwiększające limity) dla już wykonanych świadczeń oraz zawierał ugody na udzielone świadczenia nieratujące życie po zakończeniu okresu rozliczeniowego. Izba dostrzega jednak, że powyższe służyło realizacji podstawowego celu Funduszu, jakim jest zapewnienie uprawnionym dostępu do świadczeń, które są w obecnym stanie prawnym świadczeniami limitowanymi. NIK zwracała się do Ministra Zdrowia z wnioskami o systemowe rozwiązanie problemu finansowania świadczeń wykonanych ponad ustalone w umowach limity, niemniej jednak Minister nie podjął dotychczas działań

⁶⁰ Sprawdzenie, czy wykazano wymaganą przyczynę udzielania świadczenia.

w tym zakresie. Świadczenia OPH są szczególnego rodzaju świadczeniami, których celem jest poprawa jakości życia osobom znajdującym się u jego kresu, w związku z czym należy ograniczyć bariery prawne w ich udostępnianiu.

IV. Wnioski

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

Wnioski

1. Podjęcie skutecznych działań w celu zapewnienia dostępu na terenie województwa zachodniopomorskiego do perinatalnej opieki paliatywnej.
2. Równe traktowanie świadczeniodawców podczas aneksowania umów o udzielanie świadczeń OPH.
3. Zagwarantowanie umową odpowiednich warunków realizacji świadczeń OPH przy aneksowaniu umów wieloletnich.
4. Uwzględnianie realizacji kontraktów w roku bieżącym i latach poprzednich przy ustalaniu propozycji kwot zobowiązań i warunków finansowania świadczeń OPH.
5. Rzetelne weryfikowanie sprawozdań świadczeniodawców w celu wyeliminowania przypadków zapłaty za świadczenia nie podlegające refundacji w rodzaju OPH.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

Bydgoszcz, 9 stycznia 2019 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Bydgoszczy

Dyrektor

Barbara Antkiewicz

/-/

Kontroler
Karol Sobieszczyk
Główny specjalista k.p.

/-/

.....
podpis

.....
podpis

Kontroler
Karolina Lahutta
Główny specjalista k.p.

/-/

.....
podpis

Zmian w wystąpieniu pokontrolnym dokonał: p.o. Dyrektor Barbara Antkiewicz.

.....
podpis