



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Bydgoszczy

LBY.410.015.01.2019

Andrzej Wiśniewski
p.o. Dyrektor
Narodowy Fundusz Zdrowia
Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki
w Bydgoszczy
ul. Łomżyńska 33
85-863 Bydgoszcz

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Narodowy Fundusz Zdrowia Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki w Bydgoszczy ¹ , ul. Łomżyńska 33, 85-863 Bydgoszcz
Kierownik jednostki kontrolowanej	Andrzej Wiśniewski, p.o. Dyrektora ² Kujawsko-Pomorskiego OW NFZ od 27 sierpnia 2018 r. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełniła Elżbieta Kasprowicz, Dyrektor OW NFZ od 9 października 2015 r. do 26 sierpnia 2018 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Planowanie i kontraktowanie świadczeń w zakresie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. 2. Nadzór, monitorowanie i rozliczanie wykonania świadczeń 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, jeżeli 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 ³
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Bydgoszczy
Kontroler	Hanna Loch-Klimek, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBY/117/2019 z 4 września 2019 r. (akta kontroli str.1-5)

¹ Dalej: „Oddział” lub „OW NFZ”.

² Dalej: „Dyrektor”.

³ Dz. U. z 2019 r. poz. 489, ze zm., dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

W okresie objętym kontrolą⁵ Oddział w ramach posiadanych środków i właściwości terytorialnej, zapewniał dostępność do świadczeń gwarantowanych w zakresie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (SPO). Działo się tak pomimo, że w Oddziale nie posiadano informacji o rzeczywistym zapotrzebowaniu na te świadczenia w zakładzie opiekuńczo-leczniczym/pielęgnacyjno-opiekuńczym (ZOL) oraz, że na terenie poszczególnych powiatów województwa kujawsko-pomorskiego⁶ wystąpiły istotne różnice w dostępie do świadczeń pielęgnarskiej opieki długoterminowej domowej oraz do ZOL.

NIK ocenia pozytywnie coroczne zwiększanie przez Oddział środków finansowych na świadczenia SPO (głównie z uwagi na wzrost cen jednostek rozliczeniowych). Rozdzielenie środków pomiędzy oferentów, dokonywane w trakcie procedury konkursowej zapewniało niedyskryminujący podział środków pomiędzy podmioty wybrane w postępowaniu.

Istotne nieprawidłowości Izba stwierdziła w procesie wyboru świadczeniodawców – ZOL, które dotyczyły:

- nieodrzućcia trzech ofert niespełniających wymogów dotyczących personelu lub sprzętu medycznego i pomocniczego,
- dokonania oceny pięciu ofert niezgodnie z kryteriami wyboru ofert,
- nieweryfikowania gwarantowanych warunków lokalowych realizacji świadczeń.

Ponadto na realizację świadczeń stacjonarnych dla pacjentów wentylowanych mechanicznie zawarto umowę ze świadczeniodawcą, który nie zapewnił lekarza chorób płuc i rehabilitacji.

Oddział sprawował monitoring realizacji umów. Pozytywnie NIK ocenia wyniki przeprowadzonych 11 kontroli dotyczących opieki długoterminowej, w tym trzech zainicjowanych skargami.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej⁷ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Planowanie i kontraktowanie świadczeń w zakresie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej

Opis stanu faktycznego

1. Zaplanowane środki na świadczenia opieki zdrowotnej Oddziału na lata 2017, 2018 i 2019 w rodzaju opieka długoterminowa wyniosły odpowiednio 57 713 tys. zł, 65 056 tys. zł, 73 052 tys. zł, co stanowiło 1,5%, 1,6%, 1,7% ogółu zaplanowanych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej OW NFZ w badanych latach – 3 898 363 tys. zł, 4 143 375 tys. zł, 4 400 537 tys. zł.

Kwota zaplanowana do zakontraktowania⁸ na świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej wyniosła na lata 2017, 2018 i 2019 odpowiednio 62 270 tys. zł, 69 517 tys. zł, 77 937 tys. zł.

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

⁵ Od 1 stycznia 2017 r. do 30 czerwca 2019 r.

⁶ Dalej: „Województwo”.

⁷ 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.

⁸ Plan po rozwiązaniu rezerwy na migrację tj.: plan finansowy minus środki na upoważnienia dla innych OW NFZ plus środki na upoważnienia, które Oddział otrzymuje od innych OW NFZ.

Plan po zmianach w 2017 r. i 2018 r. wyniósł odpowiednio 68 210 tys. zł i 74 681 tys. zł, co stanowiło 1,6% (4 193 949 tys. zł) i 1,7% (4 336 542 tys. zł) ogółu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej Oddziału. Na 30 czerwca 2019 r. plan po zmianach wynosił 83 797 tys. zł, co stanowiło 1,8% ogółu planu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej Oddziału (4 764 689,0 tys. zł).

Wykonanie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w latach 2017-2019 (I półrocze) w rodzaju opieka długoterminowa wyniosło 68 208,1 tys. zł, 74 679,8 tys. zł i 40 914,5 tys. zł, co stanowiło odpowiednio 1,6%, 1,7% i 1,8% ogółu wykonanych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej (4 170 864,3 tys. zł, 4 318 377,2 tys. zł, 2 322 340,8 tys. zł).

(akta kontroli str. 6-33)

Na lata 2017-2019 w NFZ ustalono ogólnopolski i regionalny priorytet zdrowotny i planowania zakupu świadczeń pn.: „rozwój opieki długoterminowej” poprzez „zwiększenie dostępności do świadczeń realizowanych w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej”.

(akta kontroli str. 56-63, 938-949)

Na podstawie art. 107 ust. 5 pkt. 3a ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych⁹ sporządzony został Plan zakupu świadczeń na rok 2017, 2018 i 2019. Plany te były wielokrotnie zmieniane.

(akta kontroli str. 41-55, 937)

Dyrektor OW NFZ podał, że plan zakupu świadczeń w ramach opieki długoterminowej przygotowywany jest w oparciu o:

- parytety centralne, ogólnopolskie i regionalne,
- analizę poziomu realizacji świadczeń w poprzednim roku oraz wartość zawartych umów i poziomu ich realizacji,
- ocenę jakościową udzielanych świadczeń,
- ocenę potencjału wykonawczego świadczeniodawców,
- ocenę dostępności terytorialnej do świadczeń w odniesieniu do wskaźnika wojewódzkiego i krajowego w poszczególnych zakresach świadczeń,
- analizę danych epidemiologicznych w odniesieniu do wskaźników zachorowalności i chorobowości mieszkańców województwa,
- analizę wyników pokontrolnych,
- wnioski składane przez świadczeniodawców¹⁰, oceniając ich wpływ na strukturę zakupów u poszczególnych świadczeniodawców w danych zakresach i obszarach,
- szacunkowe dane z migracji ubezpieczonych.

(akta kontroli str. 34-40)

OW NFZ zaplanował w 2017 r. nabycie nowych¹¹ świadczeń w SPO w liczbie 463 034 o wartości 28 939,8 tys. zł, przy maksymalnej liczbie umów 110, w tym:

- 16 281 480 tys. zł (27 umów) – ZOL,
- 6 031 521 tys. zł (71 umów) – pielęgniarstwo długoterminowe domowe,

⁹ Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, ze zm., dalej: „ustawa o świadczeniach”.

¹⁰ Na podstawie §§ 20 i 21 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146, ze zm.), dalej: „ogólne warunki umów”.

¹¹ Na okres obowiązywania umowy od 1 lipca 2017 r. do 30 czerwca 2022 r.

- 4 758 190 tys. zł (4 umowy) – zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych wentylowanych mechanicznie,
- 863 200 tys. zł (4 umowy) – zespół długoterminowej opieki domowej dla dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie,
- 417 040 tys. zł (2 umowy) – ZOL dla świadczeniobiorców wentylowanych mechanicznie,
- 349 968 tys. zł (1 umowa) – ZOL dla dzieci i młodzieży,
- 238 400 tys. zł (1 umowa) – ZOL dla dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie.

W tym celu w 2017 r. OW NFZ ogłosił 13 postępowań w trybie konkursu ofert celem zawarcia umów na wszystkie ww. zakresy w ramach opieki długoterminowej. Na lata 2018 i 2019 (I półrocze) OW NFZ nie zaplanował nowych zamówień na świadczenia SPO.

(akta kontroli str. 45-47, 64-67)

Dyrektor OW NFZ wyjaśnił, że przy tworzeniu planu zakupu świadczeń Oddział wykorzystuje dane opracowane przez Kujawsko Pomorskie Centrum Zdrowia Publicznego w Bydgoszczy, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Główny Urząd Statystyczny oraz analizy danych z systemu informatycznego Oddziału, tj.:

- SMRU (System Monitorowania Realizacji Umów),
- MAPON (Mapowanie Powiatowe Nadwykonań/Niewykonań),
- DAP (Dynamiczna Analiza Porównawcza),
- wskaźnik zakontraktowania świadczeń na 10 000 osób w powiatach,
- analiza realizacji umów pod kątem przygotowania ugód, dotycząca świadczeń niezapłaconych do końca okresu rozliczeniowego”.

(akta kontroli str. 34-40)

W okresie objętym kontrolą OW NFZ nie uzyskiwał i nie gromadził danych o liczbie osób skierowanych do ZOL i oczekujących na udzielenie świadczeń oraz o liczbie osób, które zmarły przed udzieleniem świadczenia w ZOL. Tym samym nie miał informacji o rzeczywistym zapotrzebowaniu na te świadczenia.

(akta kontroli str. 34-39, 592-596)

OW NFZ na lata 2017-2019 (I półrocze) zakontraktował świadczenia SPO o wartości 58 794,2 tys. zł, 65 486,2 tys. zł, 35 610,3 tys. zł (wzrost odpowiednio o 11,3% i 8,8%), w tym:

- 32 361,5 tys. zł, 34 287,7 tys. zł, 18 810,8 tys. zł – w ZOL,
- 11 771,1 tys. zł, 12 609,7 tys. zł, 6 300,7 tys. zł – w pielęgniarstwie długoterminowej domowej,
- 11 275,4 tys. zł, 14 156,0 tys. zł, 8 224,4 tys. zł – w zespole długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie,
- 1 811,9 tys. zł, 1 894,3 tys. zł, 990,1 tys. zł – w zespole długoterminowej opieki domowej dla dzieci wentylowanych mechanicznie,
- 624,4 tys. zł, 1 349,1 tys. zł, 713,6 tys. zł – w ZOL dla pacjentów wentylowanych mechanicznie,
- 495,3 tys. zł, 813,1 tys. zł, 316,9 tys. zł – w ZOL dla dzieci wentylowanych mechanicznie,

– 436,6 tys. zł, 376,3 tys. zł, 253,8 tys. zł – w ZOL dla dzieci i młodzieży.

Liczba zakontraktowanych świadczeń SPO (osobodni) w tych latach wyniosła:

- w ZOL – 456 568, 464 177, 217 893,
- w pielęgniarstwie długoterminowej domowej – 409 510, 454 909, 209 465,
- w zespole długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie – 85 444, 114 243, 50 540,
- w zespole długoterminowej opieki domowej dla dzieci wentylowanych mechanicznie – 15 819, 16 182, 5 909,
- w ZOL dla dzieci i młodzieży – 4 745, 3 819, 1 994,
- w ZOL dla pacjentów wentylowanych mechanicznie – 3 569, 4 145, 2 116,
- w ZOL dla dzieci wentylowanych mechanicznie – 1 493, 1 872, 729.

(akta kontroli str. 713-725)

2. Obszarem kontraktowania świadczeń SPO było całe Województwo (pięć zakresów¹²) lub regiony, tj. trzy grupy powiatów z województwa (dwa zakresy¹³).

Dyrektor OW NFZ wskazał, że „ze względu na to, że sposób określania obszarów kontraktowania nie został sformalizowany przepisami prawa OW NFZ, w oparciu o wiedzę własną pracowników Oddziału dotyczącą funkcjonowania na danym terenie świadczeniodawców, którzy mogliby zrealizować określone zakresy świadczeń w obrębie danego terenu oraz konieczność zabezpieczenia świadczeń na obszarze całego województwa wskazał w przedmiotowych postępowaniach obszary co do których zachodziło wysokie prawdopodobieństwo zabezpieczenia dostępności do świadczeń”.

(akta kontroli str. 41-55, 592-596)

We wszystkich 23 powiatach Województwa zakontraktowano świadczenia w pielęgniarstwie długoterminowej domowej. Najwyższy wskaźnik dostępności świadczeń (liczony jako kwota kontraktu i ugody na 10 tys. ludności) w okresie objętym kontrolą wystąpił w powiecie włocławskim¹⁴. Najniższy w powiatach: wąbrzeskim¹⁵ i świeckim¹⁶. Na terenie poszczególnych powiatów Województwa wystąpiły znaczące różnice w dostępie do świadczeń pielęgniarstwa długoterminowej domowej¹⁷, które zmniejszyły się z 112-krotnych w 2017 r. do 17-krotnych w I połowie 2019 r.

(akta kontroli str. 713-725)

Dyrektor OW NFZ wyjaśnił, że konkurs ofert ogłoszony był na grupy powiatów tj.: obszary: bydgoski, toruński i włocławski. Oddział posiada możliwości zakontraktowania świadczeń „(...) jedynie spośród podmiotów, które złożyły ofertę

¹² Zakład opiekuńczo-leczniczy lub zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy dla dzieci i młodzieży, zakład opiekuńczo-leczniczy lub zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy dla świadczeniobiorców wentylowanych mechanicznie (dorośli, dzieci i młodzież) oraz zespoły długoterminowej opieki domowej dla dzieci, młodzieży i dorosłych wentylowanych mechanicznie.

¹³ Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy lub zakład opiekuńczo-leczniczy dla dorosłych oraz pielęgniarstwo opieka długoterminowa domowa.

¹⁴ Wskaźnik na 10 tys. mieszkańców w 2017 r. – 421 051, w 2018 r. – 595 072, w I p. 2019 r. – 205 956.

¹⁵ Wskaźnik na 10 tys. mieszkańców w 2017 r. 3 744,

¹⁶ Wskaźnik na 10 tys. mieszkańców w 2018 r. – 25 959, w I p. 2019 r. – 12 442.

¹⁷ Wskaźnik dostępności świadczeń w poszczególnych powiatach województwa w 2017 r. wynosił w przedziałach: > 400 000 jeden powiat, <300 000; 400 000> jeden powiat, <200 000;300 000> pięć powiatów, <100 000;200 000> sześć powiatów, <100 000;10 000> dziewięć powiatów, <10 000 jeden powiat; w 2018 r. > 500 000 jeden powiat, <300 000;400 000> cztery powiaty, <200 000;300 000> dwa powiaty, <100 000;200 000> sześć powiatów, <100 000 dziesięć powiatów.

w ramach procedury konkursowej i spełniały określone wymogi. Podmioty medyczne realizujące określony profil działalności medycznej, są podmiotami działalności gospodarczej, na to z jakiego obszaru terytorialnego wywodzi się świadczeniodawca, płatnik nie ma bezpośredniego wpływu. Na lata 2017-2019 spośród złożonych ofert wyłoniono i podpisano umowy z 69 podmiotami w całym województwie (...). Komisja konkursowa odrzuciła siedem ofert (...) Nawet w sytuacji przyjęcia przez NFZ wszystkich złożonych ofert, nie spowodowało by to równomiernego zabezpieczenia przedmiotowych świadczeń na terenie całego województwa, gdyż mapa utworzonych i funkcjonujących podmiotów w tym rodzaju świadczeń jest losowa i ilościowo niewystarczająca. Najwyższy wskaźnik w powiecie włocławskim dostępności świadczeń (...) wynika z relatywnie wysokiego kontraktu na świadczenia w tym obszarze przy stosunkowo małej liczbie mieszkańców i był zabezpieczony przez dwa podmioty kontynuujące umowę, (...) dostępność w powiatach wąbrzeskim i świeckim (...) relatywnie poprawiła się, gdyż w 2016 r. w obu tych powiatach żaden podmiot nie miał umowy w omawianym zakresie, a pacjenci wcześniej nie mieli dostępu do tego rodzaju świadczeń”.

(akta kontroli str. 1160-1162)

Na 23 powiaty województwa OW NFZ w 2017 r. miał podpisaną umowę na świadczenia SPO z 26 ZOL. W 2018 r. dwa ZOL-e¹⁸ złożyły wnioski o rozwiązanie umów¹⁹. Na terenie poszczególnych powiatów województwa wystąpiły znaczące różnice w dostępie do świadczeń w ZOL, tj.:

- od 2019 r. na terenie sześciu powiatów województwa nie funkcjonuje żaden ZOL finansowany ze środków NFZ²⁰,
- wskaźnik dostępności świadczeń w ZOL (liczony jako kwota kontraktu i ugody na 10 tys. ludności) najwyższy wystąpił w powiecie grudziądzkim²¹ i radziejowskim²², najniższy (nie licząc powiatów w których ZOL nie występuje) wystąpił w powiecie inowrocławskim²³ i w Bydgoszczy²⁴.

(akta kontroli str. 713-725, 966-970, 982-991)

W sprawie podejmowanych czynności zapewniających świadczenia na terenie ww. sześciu powiatów Dyrektor OW NFZ wyjaśnił, że w 2017 r. „(...) Na ogłoszone postępowanie konkursowe wpłynęły oferty wyłącznie od dotychczasowych świadczeniodawców. Oddział podpisał umowy w regionie bydgoskim z dziewięcioma zakładami opiekuńczymi, w regionie toruńskim z 10 a w regionie włocławskim z siedmioma zakładami opiekuńczymi. O przyjęciu pacjenta do zakładu pielęgnacyjnego nie decyduje kryterium zamieszkania pacjenta na terenie danego powiatu tylko względy medyczne i posiadanie wolnego miejsca w zakładzie opiekuńczym. Pacjent lub rodzina mają prawo wyboru placówki na terenie całego kraju, w której chcą się leczyć (...)”.

¹⁸ Na terenie powiatu bydgoskiego oraz włocławskiego.

¹⁹ Wniosek z 22.09.2018 r. o wypowiedzenie umowy nr 02-00-04615-17-03/17-22/B0763/SPO z 01.06.2017 r. NFZ rozwiązał z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia. Powyższy wniosek poprzedziła kontrola Oddziału NFZ nr 02.7310.082.2018.WKZ.SPO w wyniku której zobowiązano świadczeniodawcę do zwrotu nienależnie wypłaconych środków w wysokości 477 291,69 zł oraz nałożono karę umowną w wysokości 13 365,00 zł. Drugi świadczeniodawca zawiesił od 01.07.2018 r. realizację umowy 02-00-00942-17-04/17-22/B8042/SPO z 15.05.2017 r. z uwagi zły stan techniczny obiektu, tj. brak możliwości zapewnienia właściwych warunków lokalowych i sanitarnych dla pacjentów. Z dniem 31.08.2018 r. na zasadzie porozumienia stron rozwiązano umowę ze świadczeniodawcą.

²⁰ Powiaty żniński, sępoleński, golubsko-dobrzyński, miasto Włocławek oraz z dniem 31 sierpnia 2018 r. rozwiązano umowę z ZOL-em z powiatu włocławskiego natomiast od 2019 r. rozwiązano umowę z ZOL-em z powiatu bydgoskiego.

²¹ Wskaźnik na 10 tys. w 2017 r. – 1 967 190, w 2018 r. – 2 030 351, w l.p. 2019 r. – 1 128 611.

²² Wskaźnik na 10 tys. w 2017 r. – 1 902 965, w 2018 r. – 2 069 636, w l.p. 2019 r. – 1 119 979.

²³ Wskaźnik na 10 tys. w 2017 r. – 59 964, w 2018 r. – 63 038, w l.p. 2019 r. – 35 275.

²⁴ Wskaźnik na 10 tys. w 2017 r. – 77 341, w 2018 r. – 82 412, w l.p. 2019 r. – 43 860.

Dyrektor OW podał również, że Urząd Marszałkowski 13 grudnia 2018 r. poinformował OW NFZ o rozstrzygnięciu konkursu²⁵ na zadanie „Inwestycje w infrastrukturę podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki długoterminowej oraz paliatywnej” i dofinansowaniu 11 podmiotów z terenu województwa na utworzenie 263 nowych łóżek, w tym na terenach powiatu żnińskiego (26 łóżek) i miasta Włocławek (30 łóżek).

(akta kontroli str. 950-968, 992-995)

3.1. Kontrola czterech postępowań²⁶ o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń w zakresie „świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym/ opiekuńczo-leczniczym oraz „pielęgniarskiej domowej opiece długoterminowej” wykazała, że:

- Dyrektor zarządzeniem nr 24/2017 z 30 stycznia 2017 r. i nr 89/2017 z 22 maja 2017 r. powołał składy komisji do przeprowadzenia postępowań w trybie konkursu ofert celem zawarcia przez OW NFZ umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach opieki długoterminowej. W skład komisji konkursowych powołano po pięciu członków w tym między innymi przewodniczących, ich zastępców i protokolantów,
- wszystkie osoby powołane do składu komisji konkursowej posiadały wyższe wykształcenie, w tym na kierunkach: pielęgniarstwo, finanse i rachunkowość, administracja, zarządzanie i marketing,
- wszyscy członkowie komisji konkursowej po otwarciu ofert złożyli oświadczenie, o którym mowa w art. 139 ust. 6 ustawy o świadczeniach,
- ogłoszenia o postępowaniach zawierały wszystkie wymagane elementy wskazane w art. 139 ust. 3 ustawy o świadczeniach oraz § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 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 pracy²⁷,
- na stronie internetowej²⁸ opublikowano ogłoszenia o postępowaniu w rodzaju SPO,
- na postępowania nr 55, 56 i 58 wpłynęło łącznie 56 ofert, a na postępowanie nr 178 jedna oferta,
- liczba dni pracy komisji od otwarcia ofert do rozstrzygnięcia postępowań nr 55, 56 i 58 to 40 dni²⁹, a postępowania 178 to 7 dni roboczych,
- liczba jednostek rozliczeniowych oraz wartość wyłonionych ofert zgodna była z planem zakupu świadczeń, który OW NFZ zrealizował,

²⁵ Nr RPKP.06.01.01-IZ.00-04-125/17 Oś priorytetowa 6. Solidarne społeczeństwo i konkurencyjne kadry, działanie 6.1 Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną i społeczną. Schemat: Inwestycje w infrastrukturę podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki długoterminowej oraz paliatywnej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020.

²⁶ Zakres: „Pielęgniarska opieka długoterminowa” – postępowanie nr 02-17-000055/SPO/14/1/14.2142.026.04/01 – dla obszaru powiaty: Bydgoski, m. Bydgoszcz, Inowrocławski, Mogileński, Nakielski, Sępoleński, Świecki, Tucholski, Żniński oraz postępowanie nr 02-17-000056/SPO/14/1/14.2142.026.04/01 – dla obszaru powiaty: Aleksandrowski, Lipnowski, Radziejowski, Rypiński, m. Włocławek, Włocławski. Zakres: „Zakład pielęgniarstwo-opiekuńczy/ opiekuńczo-leczniczy” – postępowanie nr 02-17-000058/SPO/14/1/14.5160.026.04/01 – dla obszaru powiaty: Bydgoski, m. Bydgoszcz, Inowrocławski, Mogileński, Nakielski, Sępoleński, Świecki, Tucholski, Żniński oraz postępowanie nr 02-17-000178/SPO/14/1/14.5160.026.04/01 dla obszaru powiaty: Brodnicki, Chełmiński, Golubsko-Dobrzyński, m. Grudziądz, Grudziądzki, m. Toruń, Toruński, Wąbrzeski.

²⁷ Dz. U. z 2018 r. poz. 1897, dalej: „rozporządzenie w sprawie sposobu ogłaszania”.

²⁸ Strona wg stanu na 19.09.2019 r. - <https://serwer-ks.nfz-bydgoszcz.pl/ap-pubpst/user/pst/pstlst@default+start>

²⁹ Komisja konkursowa w okresie 40 dni pracowała również nad rozstrzygnięciem postępowań nr 57, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65 na które wpłynęło łącznie 111 ofert.

- umowy zawarte zostały na okres od 1 lipca 2017 r. do 30 czerwca 2022 r., tj., stosownie do art. 156 ust. 1 ustawy o świadczeniach, zgodnie z którym umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie może być zawarta na czas nieoznaczony, z zastrzeżeniem art. 159 ust. 2a³⁰.

(akta kontroli str. 68-127)

Dyrektor OW NFZ wyjaśnił, że przy ogłoszeniu postępowań nr 55, 56, 58 i 178:

- a) maksymalną liczbę umów, które zostaną zawarte po postępowaniu, „ustalono na podstawie oceny dostępności terytorialnej dla określonego zakresu świadczeń oraz wiedzy na temat liczby świadczeniodawców realizujących świadczenia na określonym terenie”,
- b) liczba jednostek rozliczeniowych, które zamierzał nabyć NFZ oraz wartość zamówień wynikała z „planu zakupu świadczeń zdrowotnych zatwierdzonych przez Prezesa NFZ na rok 2017, w których Oddział brał pod uwagę priorytety centralne, ogólnopolskie i regionalne, analizę poziomu realizacji świadczeń zdrowotnych w poprzednim roku kalendarzowym oraz wartość zawartych umów i poziom ich realizacji w 2016 r.”,
- c) okres rozliczeniowy, dla którego ustalono wartość zamówień „ustalono na podstawie § 1 pkt 5 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej³¹”, tj. nieprzekraczający terminu obowiązywania umowy okres roku kalendarzowego.

(akta kontroli str. 592-596)

3.2. Kontrola 10 ofert zgłoszonych w dwóch³² postępowaniach konkursowych o udzielenie świadczeń w ZOL wykazała, że:

- siedem ofert spełniało warunki określone w załączniku nr 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej³³, dotyczących personelu, sprzętu medycznego i pomocniczego,
- poprawnie oceniono spełnienie przez pięciu³⁴ oferentów warunków zapewnienia jakości, jak również spełnienie przez wszystkich oferentów warunków zapewnienia kompleksowości, dostępności, ciągłości i ceny udzielanych świadczeń oraz poprawnie wyliczono wartość ocenianych warunków tj. zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej³⁵,
- konkurs ofert składał się z części jawnej i niejawnej, podczas której komisja przeprowadzała negocjacje ze wszystkimi oferentami w celu ustalenia liczby planowanych do udzielenia świadczeń, wartości i ceny za udzielane świadczenia stosownie do art. 142 ust. 6 i 7 ustawy o świadczeniach. W jednym przypadku w wyniku negocjacji ustalono liczbę świadczeń na poziomie 53% liczby z oferty, w sześciu przypadkach – pomiędzy 97% o 84%, natomiast w trzech przypadkach – 100% z oferty. W dwóch przypadkach negocjacji podlegała cena jednostki rozliczeniowej (osobodzień), tj. zmniejszeniu uległa cena z 75 zł i 78 zł na 74 zł za osobodzień. Zmiany ceny nie powodowały przesunięć ofert na pierwszą

³⁰ Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, z wyjątkiem nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, zawiera się na czas nieoznaczony.

³¹ Dz. U. z 2016 r. poz. 1146, ze zm., dalej: „owu”.

³² Postępowania nr 58 i 178.

³³ Dz. U. z 2015 r. poz. 1658, ze zm., dalej: „rozporządzenie SPO”.

³⁴ Oferty nr 1,2,7,8,9 z postępowania nr 58.

³⁵ Dz. U. poz. 1372, ze zm., dalej: „rozporządzenie w sprawie kryteriów wyboru ofert”.

pozycję w rankingu. Komisja konkursowa we wszystkich ww. negocjacjach sporządziła protokół końcowy, w którym zapisano propozycje oferenta i propozycje NFZ.

Przewodnicząca Komisji wyjaśniła, że do konkursu nie przystąpili nowi oferenci i komisja konkursowa przydzielała liczbę świadczeń dla oferentów na poziomie kontraktów w I półroczu 2017 r. Wskazała, że propozycja jednego oferenta wynosiła 5 700 jednostek rozliczeniowych na wartość 421,8 tys. zł i stanowiła 192,6% wartości kontraktu z I półrocza 2017 r. (tj. 3 000 jednostek na wartość 219 tys. zł), a komisja zaproponowała oferentowi 3 000 jednostek na wartość 222 tys. zł. Podała, że w związku z tym, że cena jednostki rozliczeniowej w I półroczu 2017 r. wynosiła 73 zł natomiast na II półrocze 2017 r. wynosiła 74 zł, komisja dysponując określonymi środkami finansowymi na postępowanie konkursowe musiała dostosować liczbę jednostek rozliczeniowych do wartości kontraktu;

- zgodnie z art. 148 ust 1 ustawy o świadczeniach komisja konkursowa porównała oferty według kryteriów wyboru ofert: jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości i ceny udzielonych świadczeń. Zestawienie punktacji ofert stanowił ranking końcowy;
- komisja konkursowa przeprowadziła wizytacje u dwóch oferentów nr 3 i 9 w postępowaniu nr 58;
- wartość podpisanych umów na II półrocze 2017 r. zgodna była z wartościami ustalonymi przez komisję konkursową podczas negocjacji;
- Oddział zapewnił wsparcie informatyczne dla procesu postępowania konkursowego;
- po zakończonych postępowaniach żaden świadczeniodawca nie wniósł protestów ani odwołania od decyzji komisji konkursowej.

(akta kontroli str. 132-558, 589-591, 996-1008, 1023-1031, 1167-1170)

W pięciu na 10 złożonych ofert w badanych postępowaniach oferenci wykazali tygodniowy czas pracy poszczególnych osób (łącznie 43 osoby) z harmonogramu pielęgniarek, lekarzy lub fizjoterapeutów w wymiarze od 39,45 h tygodniowo do 52 h tygodniowo.

Jedna z pielęgniarek występowała w dwóch ofertach³⁶ w dostępności personelu w łącznym wymiarze pracy 77,15 h tygodniowo.

Tygodniowa liczba godzin pracy pielęgniarki przypadająca na jedno łóżko w poszczególnych ZOL znacząco się różniła i wynosiła od 4,22 h tygodniowo³⁷ do 34,11 h tygodniowo.

(akta kontroli str. 138-175, 207-247, 320-356, 394-451, 509-558)

Zgodnie z art. 93 ust. 1 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej³⁸ czas pracy pracowników zatrudnionych w podmiocie leczniczym, z zastrzeżeniem art. 94 ust. 1, w przyjętym okresie rozliczeniowym, nie może przekraczać 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym.

Dyrektor wyjaśnił, że NFZ „nie ma uprawnień do weryfikowania form zatrudnienia personelu wykonującego świadczenia na rzecz oferentów. Art. 93 ust 1 ustawy o działalności leczniczej dotyczy wyłącznie pracowników, tj. osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania (...) Wynika z tego,

³⁶ Oferty nr 1 (40 h tygodniowo) i nr 5 (37,15 h tygodniowo) w postępowaniu nr 58.

³⁷ Poza pielęgniarkami podmioty z niskim wskaźnikiem zatrudniały też położne oraz ratowników medycznych.

³⁸ Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, ze zm.

że osobą zatrudnioną nie jest np. osoba zatrudniona na podstawie umowy cywilno-prawnej (np. umowa kontraktowa). W związku z powyższym Oddział nie weryfikuje czasu pracy personelu zatrudnionego powyżej 37,92 h tygodniowo. W przypadku świadczeń całodobowych innych niż świadczenia szpitalne weryfikacji podlega jedynie, czy oferent zapewnia opiekę całodobowo w średnio tygodniowym harmonogramie czasu pracy personelu”.

(akta kontroli str. 592-596)

W nawiązaniu do powyższych wyjaśnień Izba wskazuje, że powyższy stan – choć prawnie dopuszczalny – może powodować, że fizyczne i psychiczne zmęczenie personelu – wynikające z długotrwałej pracy bez odpoczynku – będzie stwarzać ryzyko dla bezpieczeństwa jego i pacjentów. W obecnym stanie prawnym OW NFZ nie ma narzędzi pozwalających na kwestionowanie zarówno ofert, w których tygodniowy czas pracy personelu jest istotnie wyższy od 37,92 h, jak również takich, w których zatrudniono jedynie tylko jedną pielęgniarkę³⁹.

4. Kontrola 12 aneksów umów wieloletnich⁴⁰, zawartych na 2018 r. na udzielanie świadczeń w ZOL wykazała, że:

- we wszystkich umowach zwiększeniu uległa wartość jednostki rozliczeniowej (osobodzień) z 74 zł na 75 zł, co w 11 przypadkach spowodowało wzrost o 1% wartości umów na 2018 r.,
- w jedenastu przypadkach liczba jednostek rozliczeniowych ustalona na 2018 r. nie uległa zmianie w porównaniu do kontraktu obowiązującego w II p. 2017 r.,
- w jednym przypadku kwota zobowiązania OW NFZ na 2018 r. uległa zwiększeniu o 13%, a liczba jednostek rozliczeniowych o 12% w porównaniu z umową podpisaną podczas rozstrzygnięcia postępowania nr 178. Dyrektor Oddziału podał, że oferent ten nie zaakceptował w czasie negocjacji⁴¹ propozycji wartości kontraktu na świadczenia w ZOL. Oferent i jednocześnie świadczeniodawca w piśmie skierowanym do Oddziału poinformował o planie podjęcia procedur zmierzających do likwidacji zakładu. Dyrektor wyjaśnił, że OW NFZ mając na względzie dobro pacjentów i zapewnienie ciągłości ich leczenia podjął działania zmierzające do wypracowania porozumienia ze świadczeniodawcą. Podał, że we wrześniu 2017 r. zwiększono wartość kontraktu świadczeniodawcy, a w grudniu 2017 r. – na wniosek świadczeniodawcy – przesunięto środki finansowe z umowy na świadczenia opieki paliatywnej.

(akta kontroli str. 1009-1012)

- nie uwzględniono wykonania świadczeń ponad limit określony w umowach na 2017 rok. Dziewięciu kontrolowanych świadczeniodawców wykonało nadwykonania na łączną kwotę 334,6 tys. zł (ugody), dwóch świadczeniodawców nie wykonało wartości świadczeń na łączną kwotę 14,8 tys. zł. Jedenastu świadczeniodawców otrzymało tożsamy wzrost wartości świadczeń na 2018 r. (o 1%) przy niezmienionej liczbie świadczeń niezależnie od wykonania (lub nie) świadczeń ponad określony w umowie limit. Dyrektor wskazał, że w propozycjach na rok 2018 r. Oddział podniósł wartość osobodnia na kwotę 75 zł, co spowodowało znaczny wzrost finansowania świadczeń udzielanych w zakładach opiekuńczych. Dodał, że wprowadzenie od listopada 2017 r.

³⁹ Może sprawdzić jedynie, czy 25% czasu pracy pielęgniarek ma odpowiednie kwalifikacje. Przy jednej pielęgniarence wymóg ten mógłby być spełniony na poziomie 100%.

⁴⁰ Świadczeniodawcy wyłonieni w postępowaniach nr: 02-17-000058/SPO/14/1/14.5160.026.04/0 i 02-17-000178/SPO/14/1/14.5160.026.04/01 oraz Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy im. Ks. J. Popiełuszki w Toruniu i SPZOZ im. Macieja z Miechowa w Łasinie.

⁴¹ Postępowanie nr 02-17-000060[14-1]-0007/00 ogłoszone w 2017 r. w rodzaju SPO zakres świadczenia w ZOL ogłoszone dla regionu – powiaty: toruński, grudziądzki, brodnicki, chełmiński, golubsko-dobrzyński, wąbrzeski oraz miasta na prawach powiatu Grudziądz i Toruń.

nowych taryf na świadczenia dla pacjentów wentylowanych mechanicznie spowodowało nieplanowane zwiększenie finansowania tych świadczeń, dlatego Oddział nie mógł zwiększyć kontraktów SPO na 2018 r. do wysokości uwzględniającej wartość świadczeń wykonanych ponad limit ustalony w umowach.

(akta kontroli str. 726-936, 1006-1022)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W ramach postępowania nr 58 prowadzonego na wybór świadczeniodawców udzielających świadczeń opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych, Oddział nie odrzucił trzech ofert (spośród 10 objętych kontrolą), pomimo niewykazania przez oferentów wymaganych warunków udzielania świadczeń, określonych w załączniku nr 4 pkt I A rozporządzenia SPO, dotyczących personelu lub sprzętu medycznego i pomocniczego. Tym samym naruszono art. 149 ust. 1 pkt 7 ustawy o świadczeniach, zgodnie z którym odrzuca się ofertę, jeżeli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz w szczegółowych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 146 ust. 1 pkt 2 tej ustawy.

Nie odrzucono:

- oferty nr 1 – za brak sprzętu zapobiegającego powstawaniu odleżyn: materace przeciwoodleżynowe, poduszki, podpórki, wałki,
- oferty nr 2 – za brak logopedy oraz sprzętu medycznego: pulsoksymetru i zestawu z jednorazowym sprzętem do pielęgnacji tracheostomii, gastrostomii, konikotomii,
- oferty nr 5 – za brak sprzętu medycznego i pomocniczego (cykloergometru, drabinek, poręczy do nauki chodzenia, tj. wymaganych elementów wyposażenia gabinetu rehabilitacyjnego, zestawu z jednorazowym sprzętem do pielęgnacji tracheostomii, gastrostomii, konikotomii oraz samorozprężalnego worka oddechowego z zastawką jednokierunkową i maską twarzową) oraz za brak 0,52 etatu przeliczeniowego lekarzy (specjalistów w dziedzinach: chorób wewnętrznych lub medycyny rodzinnej lub medycyny ogólnej lub chirurgii ogólnej lub geriatrii lub gerontologii lub za brak częściowych etatów przeliczeniowych: lekarza ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie: chorób wewnętrznych lub medycyny ogólnej, lub geriatrii, neurologii, psychiatrii, lub lekarza w trakcie specjalizacji z dziedziny: chorób wewnętrznych lub medycyny rodzinnej, lub geriatrii, neurologii, psychiatrii), tj. w łącznym wymaganym wymiarze 1 etat przeliczeniowy na 35 łóżek. W rozdziale VI „szczegóły oferty” wykazano lekarzy specjalistów w ww. dziedzinach łącznie 47,15 h tygodniowo (przy wymaganym 47,67 h tygodniowym czasie pracy dla 44 łóżek).

Wartość umów na II półrocze 2017 r. ww. trzech świadczeniodawców wyniosła 1 198,8 tys. zł, wykonanie – 1 001,9 tys. zł.

(akta kontroli str. 138-156, 178-190, 286-304)

Dyrektor oraz przewodnicząca komisji konkursowej wyjaśnili m.in., że:

- „oferent w oświadczeniu ustnym potwierdził posiadanie sprzętu zapobiegającego powstawaniu odleżyn. W 2014 r. u oferenta (...) w trakcie postępowania konkursowego przeprowadzono wizytację zakładu pielęgnacyjnego, po której stwierdzono spełnienie wymogów w zakresie posiadanego potencjału”;
- od oferenta nr 2 komisja przyjęła ustne oświadczenie, że posiada w zasobach brakujący sprzęt medyczny, natomiast w związku z brakiem logopedy komisja przyjęła oświadczenie oferenta z 14 lutego 2017 r. (pismo datowane przed

składaniem ofert), że „w związku z nagłą rezygnacją logopedy ze świadczenia usług (...) jesteśmy w trakcie rozmów dotyczących zatrudnienia nowego logopedy”. Komisja konkursowa otrzymała od oferenta kopię zawartej 16 marca 2017 r. umowy z logopedą;

- od oferenta nr 5 komisja przyjęła oświadczenie z 13 marca 2017 r. (tj. po otwarciu ofert), że posiada brakujący sprzęt medyczny oraz że wydłuży czas pracy lekarza neurologa o jedną godzinę.

(akta kontroli str. 559-577, 597-600)

NIK zauważa, że zgodnie z art. 149 ust 1 pkt 7 ustawy o świadczeniach, niespełnienie przez ofertę warunków określonych w przepisach prawa stanowi podstawę do odrzucenia oferty. Umowa o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej jest nieważna jeżeli zawarto ją z oferentem, którego oferta podlegała odrzuceniu z przyczyn wskazanych w ustawie (art. 155 ust 2 ww. ustawy). Zgodnie z § 3 ust 1 załącznika do OWU świadczeniodawca jest obowiązany wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w ustawie oraz przepisach wydanych na jej podstawie, ogólnych warunkach oraz zgodnie ze szczegółowymi warunkami umów określonymi przez Prezesa Funduszu.

2. Ocenę pięciu⁴² ofert dokonano niezgodnie z rozporządzeniem w sprawie kryteriów wyboru ofert. I tak:

a) zawyżono liczbę punktów w kryterium jakość (personel) w ocenie czterech ofert, tj.:

- ocenę ofert nr 3 i 4, w postępowaniu nr 58, zawyżono o 2 pkt za „fizjoterapeuta - co najmniej 1 etat na 12 łóżek”. W ww. ofertach, na 70 i 15 łóżek wykazano w części VI „Szczegóły oferty” czas pracy fizjoterapeuty odpowiednio 186,15 h i 47 h tygodniowo, przy wymaganym 221,20 h i 47,40 h tygodniowo,
- ocenę oferty nr 4, w postępowaniu nr 58, zawyżono o 10 pkt za „pielęgniarki z ukończoną specjalizacją lub kursem kwalifikacyjnym w wymaganych dziedzinach⁴³ – łącznie co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w ZOL”. W ofercie wykazano pracę wszystkich pielęgniarek 479,5 h tygodniowo, natomiast czas pracy pielęgniarek spełniających ww. warunek to 50,55 h tyg. (tj. 10,5 %),
- ocenę oferty nr 1, w postępowaniu nr 178, zawyżono o 2 pkt za „specjalistę psychologii klinicznej lub psycholog kliniczny – co najmniej ½ etatu na 35 łóżek”. W części VI „szczegóły oferty” wykazano psychologa bez ww. specjalizacji.

W ww. ofertach w części VII „Ankieta” wskazano spełnienie ww. punktowanych warunków zaznaczając odpowiedź „TAK”.

b) zaniżono liczbę punktów w kryterium jakość (personel) w ocenie dwóch ofert, w postępowaniu nr 58, tj.:

- ocenę oferty nr 6 zaniżono o 6 pkt za „lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii i neurologii w łącznym wymiarze co najmniej ½ etatu na 35 łóżek”. W ofercie, w części VI „Szczegóły oferty” wykazano pracę lekarzy ww. specjalności w wymiarze 20 h tyg. (wymagane do punktacji 8,05 h tyg. przy

⁴² Oferty nr 3, 4, 5 i 6 w postępowaniu nr 58 oraz oferta nr 1 w postępowaniu 178.

⁴³ 1) opieki długoterminowej lub 2) pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, lub 3) pielęgniarstwa zachowawczego, lub 4) pielęgniarstwa rodzinnego, lub 5) pielęgniarstwa środowiskowego, lub 6) pielęgniarstwa środowiskowo-rodzinnego, lub 7) pielęgniarstwa geriatrycznego, lub 8) pielęgniarstwa opieki paliatywnej,

15 łóżkach), dodatkowo oferent w części VIII oferty pn. „Ankieta” wskazał spełnienie ww. punktowanego warunku,

- ocenę oferty nr 5 zaniżono o 5 pkt za „pielęgniarki z ukończoną specjalizacją lub kursem kwalifikacyjnym w ww. dziedzinach – łącznie co najmniej 40% czasu pracy wszystkich pielęgniarek udzielających świadczeń w ZOL”. W części VI „szczegóły oferty” wykazano pracę wszystkich pielęgniarek 185,75 h tygodniowo, ww. specjalizację ukończyło 74,3 h tygodniowo tj. (40% ogółu). W części VIII oferty pn. „Ankieta” wykazano tylko 30% czasu pracy i nadano 5 pkt.

Dyrektor OW NFZ oraz przewodnicząca komisji konkursowej w postępowaniu nr 58 wyjaśnili, że przyczyną błędnego nadania punktacji było:

- w ofertach nr 3, 5 i 6 „ze względu na odległy czas przeprowadzonego postępowania konkursowego można przypuszczać powstanie błędów wynikających z tzw. czynnika ludzkiego. Wyznaczenie dla 5 osobowego składu komisji konkursowej terminów (40 dni) na przeprowadzenie wizytacji u oferentów rozmieszczonych na terenie całego województwa (60%) i duża liczba ofert, która wpłynęła do Oddziału (111 ofert) w postępowaniu konkursowym na SPO oraz czas przeznaczony na weryfikację ofert mogły mieć wpływ na rzetelność przeprowadzonych analiz. (...)”. Dyrektor wskazał również na „problem z transportem na przeprowadzenie wizytacji, gdyż jednocześnie odbywa się kilkanaście postępowań konkursowych” oraz braki kadrowe;
- w ofercie nr 4 „zawyżenie punktacji wynikało z błędnego podliczenia godzin pracy pielęgniarek, które były w trakcie kursu lub specjalizacji zamiast z ukończonym kursem lub specjalizacją”, natomiast „nieprawidłowe obliczenie czasu pracy” to przyczyna zawyżenia liczby punktów za fizjoterapeutę.

Dyrektor OW NFZ oraz przewodniczący komisji konkursowej w postępowaniu nr 178 wyjaśnili, że „w związku z faktem, iż w przedmiotowym postępowaniu konkursowym brał udział jeden oferent komisja konkursowa nie dokonywała zmian w odpowiedziach ankietowych (dodatkowo ocenianych), gdyż nie miało to wpływu na ostateczne rozstrzygnięcie postępowania”.

(dowód: akta kontroli str. 578-588, 1163-1166)

NIK zauważyła, że zawyżenie liczby punktów w ramach kryterium „jakość” miało wpływ na zmianę pozycji w rankingu ofert z 3 na 7 miejsce oraz z 4 na 5 miejsce. Przesunięcia w rankingu nie miały wpływu na wynik postępowania, ponieważ wszyscy oferenci otrzymali umowy z NFZ na jednolitych zasadach podziału środków. Wyznaczenie dla pięcioosobowego składu komisji konkursowej – wykonujących te obowiązki jako zadania dodatkowe obok bieżącej pracy – terminu 40 dni roboczych na weryfikację ponad 110 ofert oraz przeprowadzenie oględzin u oferentów zlokalizowanych na terenie całego województwa okazało się niewystarczające, co potwierdza konieczność dwukrotnego przedłużenia części jawnej postępowania. Mogło też rzutować na poprawność przeprowadzanych analiz.

3. Z jednym ZOL Oddział zawarł umowę⁴⁴ oraz kolejne aneksy, pomimo niespełnienia wymogu warunków udzielania stacjonarnych świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych dla pacjentów wentylowanych mechanicznie. Świadczeniodawca nie zapewnił lekarza specjalisty chorób płuc oraz rehabilitacji⁴⁵, mimo że zgodnie załącznikiem nr 4 pkt I C rozporządzenia SPO świadczenia realizuje m.in. lekarz, specjalista lub lekarz w trakcie specjalizacji lub lekarz ze

⁴⁴ Nr 02-00-01341-17-03/17-22/T0200/SPO z 29 czerwca 2017 r.

⁴⁵ Rozumianego jako specjalista rehabilitacji, lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji medycznej, lub rehabilitacji w chorobach narządów ruchu.

specjalizacją I stopnia ww. specjalizacji. Taki stan trwał od początku realizacji świadczeń w ww. zakresie, tj. od 1 lipca 2017 r. do 30 czerwca 2019 r. W tym okresie za te świadczenia Oddział wypłacił 714,1 tys. zł.

(akta kontroli str. 713-719, 896-936)

Z-ca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych wyjaśniła, że „Komisja nie odrzuciła oferty (...) z powodu błędnej interpretacji przepisu, tj. przyjęła alternatywne posiadanie specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii podobnie jak w zespole długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie może być tylko lekarz z ww. specjalizacją”.

(akta kontroli str. 1094-1114)

4. Komisja konkursowa nie weryfikowała posiadania przez oferentów, w miejscu udzielania świadczeń gwarantowanych, warunków lokalowych udzielania świadczeń, określonych w załączniku nr 4 pkt I A rozporządzenia SPO, tj. sali dziennego pobytu oraz gabinetu do prowadzenia psychoterapii. W żadnej z 10 ofert objętych kontrolą nie wykazano sali dziennego pobytu, a w sześciu ofertach⁴⁶ również gabinetu do prowadzenia psychoterapii. Pracownicy Oddziału przeprowadzili wizytacje u dwóch oferentów (nr 3 i 9), w wyniku których zapisano, że „pomieszczenia zgodne z wymogami załącznika nr 4 do rozporządzenia SPO”.

(dowód: akta kontroli str. 138-537)

Dyrektor wyjaśnił, że „w słowniku zasobów nie ma pozycji pod nazwą sala dziennego pobytu. Osoba przygotowująca ofertę mogła z katalogu zasobów wybrać po nazwie kategorii gabinet diagnostyczno-zabiegowy i dodatkowo (już bez możliwości wyboru) dopisać z ręki nazwę gabinetu np. gabinet zabiegowy, gabinet lekarski, sala dziennego pobytu czy gabinet do prowadzenia psychoterapii. (...) ze względu na krótki czas na przeprowadzenie postępowania konkursowego i ograniczony skład komisja nie była w stanie przeprowadzić wizytacji u wszystkich oferentów dlatego też uzyskała ustne oświadczenie o posiadaniu ww. wymaganych pomieszczeń”.

(dowód: akta kontroli str. 597-600)

W odniesieniu do złożonych wyjaśnień Izba wskazuje, że Oddział przeprowadził wizytacje pomieszczeń tylko w dwóch z dziesięciu objętych badaniem ZOL-ach i stwierdził posiadanie wymaganych pomieszczeń. Zapewnienie właściwych warunków lokalowych – sali dziennego pobytu oraz gabinetu do prowadzenia psychoterapii jest warunkiem realizacji świadczeń w ZOL, a niespełnienie ich stanowi przesłankę do odrzucenia oferty.

5. W składzie komisji konkursowych⁴⁷ powołanych do rozstrzygnięcia dwunastu⁴⁸ postępowań w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, 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. Zamiast tego, do pracy w ww. komisjach skierowano osoby z wyższym wykształceniem na kierunku pielęgniarstwo.

Dyrektor OW NFZ wyjaśnił m.in., że „(...) w ocenie tut. Oddziału NFZ także rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego w sprawie obszarów wiedzy,

⁴⁶ Oferta nr 2-5, 8 i 9.

⁴⁷ Powołanych zarządzeniem Dyrektora Oddziału nr 24/2017 z 30 stycznia 2017 r.

⁴⁸ Postępowania nr 55, 56, 58 oraz 02-17-000057/SPO/14/1/14.2142.026.04/01, 02-17-000059/SPO/14/1/14.5160.026.04/01, 02-17-000060/SPO/14/1/14.5160.026.04/01, 02-17-000061/SPO/14/1/14.2140.026.04/01, 02-17-000062/SPO/14/1/14.2141.026.04/01, 02-17-000063/SPO/14/1/14.5161.026.04/01, 02-17-000064/SPO/14/1/14.5170.028.04/01, 02-17-000065/SPO/14/1/14.5171.027.04/01 oraz nr 178.

dziedzin nauki i sztuki oraz medycznych oraz dyscyplin naukowych i artystycznych nie reguluje kwestii tytułów zawodowych, lecz zagadnienia związane z nadawaniem stopni naukowych, doktora i doktora habilitowanego oraz tytułu naukowego profesora. Wskazał ponadto, że mając na uwadze art. 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej⁴⁹ zawód pielęgniarstwa jest zawodem medycznym”.

(dowód: akta kontroli str. 68-131, 592-596)

NIK zauważa, że stosownie do § 6 ust. 2 rozporządzenia w sprawie sposobu ogłaszania, w składzie komisji konkursowych powinny znaleźć się osoby z wykształceniem wyższym w dziedzinie nauk medycznych (medycyna, stomatologia i biologia medyczna). Użycie pojęcia *dziedziny nauk medycznych* należy interpretować jako odesłanie do systematyki dziedzin naukowych. Jedynym zaś aktem prawnym regulującym, w okresie przeprowadzanych konkursów, zagadnienie klasyfikacji dziedzin naukowych, jest rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 8 sierpnia 2011 r. w sprawie obszarów wiedzy, dziedzin nauki i sztuki oraz dyscyplin naukowych i artystycznych⁵⁰. Zauważyć należy, że ww. rozporządzenie wyraźnie akcentowało odrębność dziedziny nauk medycznych od dziedziny nauk o zdrowiu. Rozróżnienie to w polskiej systematyce nauk miało swój początek w 2009 r., kiedy Centralna Komisja do Spraw Stopni i Tytułów uznając konieczność podkreślenia odrębności medycyny klinicznej wprowadziła nową dziedzinę naukę o zdrowiu. Rozróżnienie to jest zgodne z klasyfikacją nauk przyjętą przez Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju.⁵¹ Tym samym powoływanie się na ustawę o zawodzie pielęgniarstwa i położnej jest niezasadne albowiem nie zawiera ona wykazu dziedzin naukowych, a zgodnie z rozporządzeniem z dnia 8 sierpnia 2011 r., ówczas do dziedziny nauk medycznych zaliczano: medycynę, stomatologię i biologię medyczną.

6. W załącznikach do wszystkich kontrolowanych aneksów do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie oraz w pielęgniarstwie długoterminowej domowej w ramach opieki długoterminowej, zawartych na 2018 r. nieprawidłowo określono jednostkę rozliczeniową. Wskazano „osobodzień” zamiast „punkt”, mimo że zgodnie z załącznikiem nr 1 zarządzenia nr 60/2016/DSOZ Prezesa NFZ z 29 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej⁵² – zmienionego zarządzeniem nr 105/2017/DSOZ Prezesa NFZ z 13 października 2017 r.⁵³ od 13 listopada 2017 r. – jednostką rozliczeniową dla ww. zakresów jest „punkt”:

- świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym/ opiekuńczo-lecznym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie⁵⁴,
- świadczenia w pielęgniarstwie długoterminowej domowej⁵⁵,

⁴⁹ Dz. U. z 2011 r. Nr 174 poz. 1039, dalej „ustawa o zawodzie pielęgniarstwa i położnej”.

⁵⁰ 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), dalej: „rozporządzenie z dnia 8 sierpnia 2011 r.”;

⁵¹ W ramach nauk medycznych przyjęto medycynę ogólną, medycynę kliniczną, biotechnologię medyczną oraz inne nauki medyczne. W ramach nauk o zdrowiu przyjęto nauki o opiece zdrowotnej i usługach zdrowotnych, w tym pielęgniarstwo.

⁵² D. Urz. NFZ z 2016 r. poz. 60 ze zm.

⁵³ D. Urz. NFZ z 2017 r. poz. 105.

⁵⁴ Aneks nr 7 z 3 stycznia 2018 r. do umowy 17-22/B0328/SPO, aneks nr 4 z 3 stycznia 2018 r. do umowy Nr 17-22/T0200/SPO.

⁵⁵ Aneks nr 3 z 3 stycznia 2018 r. do umowy 17-22/T0012/SPO oraz aneks nr 3 z 2 stycznia 2018 r. do umowy nr 17-22/B0762/SPO.

- świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie oraz dla dzieci wentylowanych mechanicznie⁵⁶.

(akta kontroli str. 782-792, 805-844, 859-873, 896-913)

Z-ca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych wyjaśniła, że sekcja umów przygotowująca aneksy do umów pobiera dane z systemu informatycznego i korzysta ze słowników, które dostarczane są przez Centralę NFZ. Dodała, że nieprawidłowość ta została zgłoszona w trakcie kontroli do Centrali w celu dokonania stosownych zmian.

(akta kontroli str. 1094-1114)

OCENA CZĄSTKOWA

Oddział zapewniał dostępność do świadczeń w ZOL w ramach posiadanych środków pomimo, że nie posiadał informacji o rzeczywistym zapotrzebowaniu. Nieprawidłowości stwierdzono przy wyborze ponad połowy spośród dziesięciu świadczeniodawców objętych badaniem, dotyczyły one: nieodrżucenia trzech ofert niespełniających wymogów dotyczących personelu lub sprzętu medycznego i pomocniczego, dokonania oceny pięciu ofert niezgodnie z kryteriami wyboru ofert oraz nieweryfikowania gwarantowanych warunków lokalowych realizacji świadczeń. Ponadto na realizację świadczeń stacjonarnych dla pacjentów wentylowanych mechanicznie zawarto umowę ze świadczeniodawcą, który nie zapewnił lekarza chorób płuc i rehabilitacji. Niespełnienie powyższych warunków miało 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 SPO.

OBSZAR

2. Nadzór, monitorowanie i rozliczanie wykonania świadczeń w zakresie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej

Opis stanu faktycznego

1. OW NFZ zapłacił w latach 2017-2019 r. (I półrocze) za świadczenia opieki długoterminowej odpowiednio: 62 157,1 tys. zł, 72 956,5 tys. zł oraz 40 196,2 tys. zł. W tym na świadczenia:

- w ZOL – 32 789,7 tys. zł, 35 477,3 tys. zł, 20 194,8 tys. zł,
- zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie – 13 023,4 tys. zł, 18 590,4 tys. zł, 10 598,3 tys. zł,
- w pielęgniarstwie opieki długoterminowej domowej – 12 243,4 tys. zł, 13 640,8 tys. zł, 6 826,5 tys. zł,
- zespołu długoterminowej opieki domowej dla dzieci wentylowanych mechanicznie – 2 485,3 tys. zł, 2 699,8 tys. zł, 1 170,0 tys. zł,
- w ZOL dla pacjentów wentylowanych mechanicznie – 728,3 tys. zł, 1 390,4 tys. zł, 760,8 tys. zł,
- w ZOL dla dzieci wentylowanych mechanicznie – 550,2 tys. zł, 813,1 tys. zł, 381,0 tys. zł.
- w ZOL dla dzieci i młodzieży – 336,9 tys. zł, 344,7 tys. zł, 264,7 tys. zł,

Za świadczenia wykonane ponad ustalony limit OW NFZ w latach 2017-2018 zapłacił odpowiednio 4 414,7 tys. zł i 7 583,5 tys. zł. Za świadczenia wykonane w I połowie 2019 r. Oddział nie zapłacił środków ponad ustalone limity. Wartość niewykonanych świadczeń w ramach zawartych kontraktów w latach 2017-I połowa 2019 r. wyniosła: 598,3 tys. zł, 134,6 tys. zł i 166,2 tys. zł.

⁵⁶ Aneks nr 7 z 3 stycznia 2018 r. do umowy nr 17-22/B0681/SPO.

(akta kontroli str. 713-725)

Dział Monitorowania, Analiz i Planowania Świadczeń Oddziału do celów monitorowania realizacji umów korzystał z autorskich „aplikacji” opartych na Excelu MS Office: SMRU, MAPON, DAP oraz NITKA, tj. zestawienia danych dotyczących realizacji umów celem sporządzenia sprawozdań do Centrali.

Dyrektor OW NFZ podał, że: „sprawozdania i zestawienia wykonywane są cyklicznie, wg ustalonego harmonogramu oraz w odpowiedzi na zgłoszone zlecenia. Ww. sprawozdania i zestawienia wykorzystywane są do celów monitoringu, kontroli, planowania i kontraktowania świadczeń zdrowotnych, w różnych konfiguracjach analitycznych (...) w celu efektywnego wykorzystania środków finansowych przeznaczonych na zabezpieczenie świadczeń, po dokonaniu analizy poziomu realizacji świadczeń medycznych w danym okresie i rodzaju świadczeń, w związku z tzw. nadwykonaniami lub niewykonaniami w realizacji świadczeń dokonuje zmian w umowach na podstawie § 43 owu lub na podstawie § 21.1 owu, który stanowi co następuje: strony umowy, na wniosek świadczeniodawcy składany nie później niż 30 dni po upływie kwartału kalendarzowego, dokonują zmiany zawartej umowy, polegającej na zwiększeniu kwoty zobowiązania ustalonej dla jednego lub kilku zakresów świadczeń przy jednoczesnym zmniejszeniu kwoty zobowiązania za ten kwartał ustalonej dla pozostałych zakresów świadczeń (...)”.

(akta kontroli str. 34-39)

Weryfikacja sprawozdań statystycznych przekazywanych przez świadczeniodawców do OW NFZ w celu rozliczenia za udzielone świadczenia – według wyjaśnień Dyrektora Oddziału – obejmowała następujące zasady:

- przekazane informacje o świadczeniach podlegają walidacji (kontrola prawidłowej struktury danych) oraz weryfikacji (badanie zgodności przekazanych danych z obowiązującymi przepisami),
- świadczenia poprawnie zwalidowane i zweryfikowane mogą być zapłacone, pod warunkiem, że wartość świadczenia mieści się w limicie określonym w umowie,
- limit świadczeń traktowany jest w sposób narastający w całym okresie rozliczeniowym (np. rok) przy niewykorzystaniu limitu w poprzednich okresach sprawozdawczych (miesiącach) można go wykorzystać w miesiącach następnych lub gdy świadczeniodawca nie wykona więcej świadczeń w poprzednich okresach sprawozdawczych to zmniejszając odpowiednio wykonanie w okresach następnych może rozliczyć zaległe niezapłacone świadczenia.

(akta kontroli str. 34-39, 950-965)

2. Od 1 stycznia 2017 r. do 30 czerwca 2019 r. Wydział Kontroli przeprowadził 11 kontroli dotyczących opieki długoterminowej, w tym:

- a) sześć kontroli planowanych (zgodnie z planem kontroli), w tym: pięć kontroli planowanych niekoordynowanych zrealizowanych na podstawie planu kontroli na 2018 r., po przeprowadzonej analizie ryzyka oraz jedną kontrolę planowaną koordynowaną;
- b) pięć kontroli doraźnych, w tym trzy na skutek skarg.

Relacja wartości umów poddanych kontroli w stosunku do wartości wszystkich umów w zakresie świadczeń objętych kontrolą:

- świadczenia w ZOL⁵⁷ w latach 2017, 2018 i w I półroczu 2019 r. odpowiednio 2%, 47% i 11%,
- świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie w 2018 r.⁵⁸ – 29%,
- świadczenia w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej w 2018 r.⁵⁹ – 5%.

Przedmiotem kontroli była weryfikacja prawidłowości realizacji umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w tym:

- spełnienie warunków wymaganych do realizacji przedmiotowych świadczeń w zakresie personelu medycznego, wyposażenia w sprzęt oraz prowadzenia list oczekujących,
- prawidłowość i zasadność sprawozdania świadczeń,
- realizacji wymogów dotyczących okresowej oceny stanu zdrowia pacjenta,
- rzetelność prowadzenia dokumentacji medycznej w świetle obowiązujących przepisów.

Przedmiot kontroli był modyfikowany w zależności od specyfiki danej kontroli wynikającej z zakresu świadczeń bądź charakteru kontroli – skarga.

W wyniku kontroli ustalono między innymi:

- sprawozdanie świadczeń faktycznie niewykonanych,
- niezapewnienie odpowiedniej obsady personelu i wymaganego sprzętu zgodnego z obowiązującymi przepisami,
- nieaktualizowanie potencjału kadrowego w systemie NFZ,
- nieprzeprowadzenie aktualnej oceny stanu zdrowia pacjenta lub nie prowadzenie dokumentacji medycznej,
- dokonywanie jednocześnie świadczeń przez personel rozliczany w ramach umowy z NFZ i usług pacjentom komercyjnym,
- niewykonywanie przeglądów technicznych użytkowanego sprzętu i aparatury medycznej.

W wyniku kontroli między innymi:

- nałożono kary umowne na podstawie §§ 29-30 OWU na kwotę 90,6 tys. zł ze względu na nieprawidłowości ujawnione w wyniku kontroli,
- ustalono wartość świadczeń do zwrotu na kwotę 520,1 tys. zł na podstawie § 28 ust 1 OWU, w związku ze sprawozdaniem świadczeń niewykonanych,
- jeden świadczeniodawca wystąpił o rozwiązanie umowy⁶⁰.
- rozwiązano umowę ze świadczeniodawcą bez zachowania okresu wypowiedzenia w związku ze sprawozdaniem świadczeń nie wykonanych oraz sprawę zgłoszono do organów ścigania⁶¹.

(akta kontroli str. 606-725, 966-968, 971-981)

⁵⁷ Wartość wszystkich umów w zakresie świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym/opiekuńczo-leczniczym w latach: 2017 r. – 32 361,5 tys. zł, 2018 r. – 34 287,7 tys. zł, I p. 2019 r. – 18 810,7 tys. zł; wartość umów poddanych kontroli: w 2017 r. – 671,1 tys. zł, 2018 r. 15 998,5 tys. zł, w I p. 2019 – 2 033,1 tys. zł.

⁵⁸ Wartość wszystkich umów w tym zakresie 14 156,0 tys. zł; wartość umów poddanych kontroli 4 098,4 tys. zł,

⁵⁹ Wartość wszystkich umów w tym zakresie 12 609,7 tys. zł, wartość umów poddanych kontroli 632,6 tys. zł.

⁶⁰ Wniosek z 22 września 2018 r. (wpływ do OW NFZ 26 września 2018 r.). W wyniku kontroli która odbyła się w dniach od 26 kwietnia do 8 czerwca 2018 r, Oddział wskazał wartość świadczeń do zwrotu w wysokości 477,3 tys. zł oraz nałożył karę umowną w wysokości 13,4 tys. zł.

⁶¹ Rozwiązano umowę nr 17-22/B0765/SPO zawartą 14 czerwca 2017 r. w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w zakresie świadczenia pielęgniarskie w opiece długoterminowej domowej. Zawiadomiono o przestępstwie ściganym z urzędu (zawiadomienie z o wszczęciu śledztwa z 18 września 2019 r.).

Dyrektor OW NFZ podał, że: „w Oddziale nie ma możliwości podwójnego finansowania świadczeń SPO pacjentom przebywającym w zakładzie opiekuńczym (...) w przypadku nałożenia się na siebie świadczeń w tym samym czasie, sprawozdanych w raportach statystycznych system informatyczny Oddziału wykazuje koincydencję świadczeń wykazaną jako błąd istotny. Po wyjaśnieniu koincydencji świadczeń i dokonaniu korekty świadczenia w systemie informatycznym przez jednego ze świadczeniodawców Oddział dokonuje zapłaty tylko za jedno świadczenie (...)”

(akta kontroli str. 604-610)

3. Od 1 stycznia 2017 r. do 30 czerwca 2019 r. do OW NFZ wpłynęło dziewięć skarg na realizację świadczeń w ramach SPO, w tym cztery na działalność ZOL.

Kontrola działań podjętych przez OW NFZ wykazała, że:

- działania dawały podstawę do uznania skargi za zasadną lub za niezasadną. Pięć skarg Oddział uznał za zasadne a cztery za niezasadne.
- wnoszący skargę zawiadamiani byli w ciągu miesiąca od złożenia skargi o sposobie jej załatwienia, w przypadku niedotrzymania terminu OW NFZ informował o przedłużeniu terminu rozpatrzenia skargi,
- w wyniku złożonych skarg Sekcja do spraw skarg OW NFZ występowała z wnioskiem o przeprowadzenie kontroli (trzy sprawy) lub kierowała pytania do świadczeniodawcy celem wyjaśnienia sprawy.

(akta kontroli str.1069-1090, 1115-1157)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

W jednym przypadku nie zawiadomiono pisemnie wnoszącego skargę o sposobie jej załatwienia, stosownie do § 12 ust. 1 zarządzenia nr 31/2010/DSS Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 lipca 2010 r. w sprawie rozpatrywania skarg i wniosków w Narodowym Funduszu Zdrowia⁶². Powyższe dotyczyło skargi złożonej 18 czerwca 2018 r.

(akta kontroli str.1073-1090)

Z-ca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych poinformowała, że „(...) Skarżąca nie otrzymała oficjalnego pisma po zakończonej kontroli u świadczeniodawcy. Kierownik Sekcji ds. Skarg i Wniosków tut. Oddziału telefonicznie powiadomiła Skarżącą o zakończonej kontroli oraz jej wynikach (...)”.

(akta kontroli str. 1091-1093)

OCENA CZĄSTKOWA

Oddział sprawował monitoring realizacji umów m. in. w zakresie limitów przyznanych w umowach. Pozytywnie oceniono wyniki przeprowadzonych przez Oddział kontroli 11 świadczeniodawców.

⁶² D. Urz. NFZ z 2015 r. poz. 33, ze zm.

IV. Uwagi i wnioski

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

Uwagi Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag.

- Wnioski
1. Wprowadzenie mechanizmów zapewniających prawidłowe prowadzenie postępowań konkursowych na wybór świadczeniodawców, tak aby umożliwiała one rzetelną analizę składanych ofert, w tym prawidłowe wyliczanie punktacji.
 2. Każdorazowe informowanie skarżących o sposobie załatwienia skargi.

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 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, 5 grudnia 2019 r.

Kontroler
Hanna Loch-Klimek
Specjalista kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Bydgoszczy
p.o. Dyrektor
Oliwia Bar

.....
podpis

.....
podpis