



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Katowicach

LKA.410.027.01.2019

Piotr Nowak
p.o. Dyrektor
Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach
ul. Kossutha 13
40-844 Katowice

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Piotr Nowak, p.o. Dyrektor ²
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 i I półrocze 2019 r., z uwzględnieniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeśli miały wpływ na okres objęty kontrolą.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ³
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Katowicach
Kontroler	Katarzyna Koziół, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/215/2019 z 4 września 2019 r. (akta kontroli, str. 1-2)

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Oddział prawidłowo określił zapotrzebowanie na świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. Rzetelnie przygotowano proces kontraktowania świadczeń w celu zapewnienia ich dostępności na terenie całego województwa śląskiego i prawidłowo zweryfikowano oferentów biorących udział w postępowaniach konkursowych. Kontraktowanie świadczeń opieki długoterminowej, w poszczególnych zakresach uwarunkowane było ograniczeniami finansowymi. Oddział zapewnił przy tym właściwe wykorzystanie środków jakimi dysponował i prawidłowo reagował w przypadku nierealizowania zakontraktowanych świadczeń lub w sytuacji wykonania świadczeń ponad ustalone limity, a także monitorował i nadzorował realizację umów przez świadczeniodawców.

Stwierdzona nieprawidłowość dotyczyła czterech badanych postępowań konkursowych (100%), w których nie dopełniono obowiązku złożenia przez jednego członka komisji konkursowej⁵ oświadczenia o braku przesłanek wykluczających go z jej prac.

¹ Zwany dalej „ŚOW NFZ” lub „Oddziałem”.

² Pełniący tę funkcję od 1 kwietnia 2019 r., zwany dalej: „Dyrektorem”. W okresie wcześniejszym od 14 marca 2016 r. Dyrektorem Oddziału był Jerzy Szafranowicz.

³ Dz. U. z 2019 r. poz. 489 ze zm., zwana dalej „ustawą o NIK”.

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

⁵ Zwana dalej „Komisją”.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

OBSZAR

1. Planowanie i kontraktowanie świadczeń w rodzaju świadczenia pielęgnacyjnego i opiekuńczego w ramach opieki długoterminowej

Opis stanu faktycznego

1.1. Zapotrzebowanie na świadczenia w rodzaju świadczenia pielęgnacyjnego i opiekuńczego w ramach opieki długoterminowej

W projektach do planu zakupu świadczeń w ramach opieki długoterminowej⁶ na lata 2017 i 2018, w związku z kontynuacją w tych latach umów zawartych od 1 lipca 2014 r. (w ramach tzw. umów niewygasających), dokonywano ze świadczeniodawcami uzgodnień propozycji planów rzeczowo-finansowych w celu ustalenia kwoty zobowiązań na poszczególne lata⁷. W propozycjach na rok 2017 uwzględniano taryfy wprowadzone Obwieszczeniem Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji⁸ z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju SPO, a w propozycjach na rok 2018 – taryfy AOTMiT wprowadzone w dniu 13 września 2016 r. Przy ustalaniu potrzeb na 2018 r. uwzględniono zmianę jednostki rozliczeniowej świadczeń z osobodnia na punkt w zakresach świadczeń związanych z wentylacją mechaniczną pacjentów w warunkach domowych i stacjonarnych oraz kwoty na podwyżki dla pielęgniarek i położnych⁹.

(akta kontroli, str.12, 31-343, 973-1054)

Zastępca Dyrektora ds. Służb Mundurowych i Świadczeniobiorców wyjaśniła, że rozbieżności pomiędzy zmianami liczby i wartości świadczeń oraz wzrost wartości umów pomiędzy rokiem 2017 i 2018, wynikają ze zmiany jednostki rozliczeniowej z osobodnia na punkt rozliczeniowy, wprowadzonej Zarządzeniem Nr 45/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjnego i opiekuńczego w ramach opieki długoterminowej oraz obwieszczeniem Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji z dnia 15 marca 2018 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjnego i opiekuńczego w ramach opieki długoterminowej.

(akta kontroli, str. 1061-1062)

Okres obowiązywania, zawartych przez Oddział w 2014 r. umów w rodzaju SPO, wynosił pięć lat i skończył się 30 czerwca 2019 r. W związku z powyższym, pod koniec 2018 r. i w 2019 r., z uwagi na zaplanowane postępowanie konkursowe, mające na celu wyłonienie realizatorów świadczeń od dnia 1 lipca 2019 r. na okres kolejnych pięciu lat, przeprowadzono szczegółową analizę zapotrzebowania na świadczenia w rodzaju SPO na terenie woj. śląskiego.

W przypadku poddanych szczegółowej analizie zakresów świadczeń udzielanych osobom dorosłym w rodzaju SPO¹⁰ prawidłowo określono zapotrzebowanie, gdyż m.in.:

- Obszary kontaktowania planowano w oparciu o dane o rozmieszczeniu potencjału wykonawczego w poszczególnych częściach województwa. Dane te

⁶Zwane dalej „SPO”.

⁷ Uzgodnienia planów finansowych bez postępowań konkursowych czy rokowań.

⁸ Zwanego dalej „AOTMiT”.

⁹ Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628), zwane dalej „rozporządzeniem MZ w sprawie podwyżek pielęgniarek”.

¹⁰Świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym/opiekuńczo-lecznym, świadczeń w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym wentylowanych mechanicznie/ opiekuńczo-lecznym wentylowanych mechanicznie oraz świadczenia w pielęgniarskiej opiece długoterminowej.

uzyskano po analizie obowiązujących w 2018 r. umów pod kątem zapisanych w nich miejsc udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach oraz informacji o podmiotach funkcjonujących bez umowy. Obszarami kontraktowania objęto całe województwo, eliminując ryzyko wystąpienia „białych plam”. Najmniejszą jednostką kontraktowania był powiat¹¹ (dla świadczeń w pielęgniarstwie opiece długoterminowej domowej), a największą - województwo (dla świadczeń zespołu długoterminowej opieki domowej - dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie). Dla świadczeń w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym/opiekuńczo-leczniczym podstawową jednostką kontraktowania były podregiony¹².

- Przy planowaniu zakupu świadczeń na rok 2019 opierano się o dane uzyskane na podstawie własnych analiz dostępności, w których posługiwano się wskaźnikiem: kwota przeznaczona na finansowanie świadczeń w poszczególnych zakresach, przypadająca na 10.000 mieszkańców danego obszaru kontraktowania oraz nakłady finansowe na jednego mieszkańca obszaru. Ponadto analizowano czynniki przyczyniające się do pogorszenia sytuacji na rynku usług zdrowotnych w województwie śląskim, tj. wzrost potrzeb zdrowotnych, deficyt kadr medycznych, koncentrację usług medycznych w dużych ośrodkach miejskich czy nadmierny wzrost liczby nowych podmiotów starających się o kontrakt z NFZ oraz zabezpieczono środki na podwyżki dla pielęgniarek i położnych.
- W celu oszacowania potrzeb zdrowotnych, występujących na poszczególnych obszarach, Oddział dokonywał porównania wartości umów w przedmiotowych zakresach.
- Przy propozycjach podziału środków uwzględniano taryfy wprowadzone Obwieszczeniem Prezesa AOTMiT z dnia 15 marca 2018 r. w sprawie taryfy świadczeń gwarantowanych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze dla osób dorosłych lub dzieci młodzieży do ukończenia 18 roku życia i opierano się na wartościach z planu pierwotnego według ceny świadczenia bazowego, tj. 30,08 zł w świadczeniach zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, świadczeniach w zakładzie pielęgnacyjno-leczniczym/opiekuńczo-leczniczym, w świadczeniach w zakładzie pielęgnacyjno-leczniczym/opiekuńczo-leczniczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie.

W okresie objętym kontrolą, w toku prowadzonych prac dotyczących zawarcia umów, Oddział nie współpracował z Konsultantem Wojewódzkim w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej.

(akta kontroli, str. 313-385, 908-910, 920-933, 951-967)

Dyrektor wyjaśnił, że *W okresie poprzedzającym ogłoszenie postępowania konkursowego Śląski OW NFZ nie otrzymał od konsultanta żadnych informacji, opracowań lub wniosków mających związek z kształtowaniem polityki zdrowotnej, bądź szacowaniem potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa. Równocześnie podkreślić należy, że dr n. med. Iwona Markiewicz na zaproszenie*

¹¹ 36 powiatów.

¹² Bielski (powiaty bielski, cieszyński, żywiecki, miasto Bielsko-Biała), bytomski (powiat tarnogórski, miasta Bytom i Piekary Śląskie), częstochowski (powiaty częstochowski, kłobucki, lubliniecki, myszkowski, miasto Częstochowa), gliwicki (powiat gliwicki, miasta Gliwice i Zabrze), katowicki (miasta Chorzów, Katowice, Mysłowice, Ruda Śląska, Siemianowice Śląskie, Świętochłowice), rybnicki (powiaty rybnicki, raciborski, wodzisławski oraz miasta Jastrzębie-Zdrój, Rybnik, Żory), sosnowiecki (powiaty będziński i zawierciański, miasta Dąbrowa Górnicza, Jaworzno, Sosnowiec), tyski (powiaty mikołowski, pszczyński, bieruńsko-lędziński, miasto Tychy).

Śląskiego OW NFZ wzięła udział w spotkaniu informacyjnym dotyczącym sposobu sporządzania ofert i zasad prowadzonych postępowań konkursowych w rodzaju SPO dla potencjalnych oferentów, które odbyło się 13 marca 2019 roku w Domu Lekarza w Katowicach. Dodatkowo przygotowując się do procesu kontraktowania świadczeń Śląski OW NFZ korzysta z danych przekazywanych w ramach Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Ochrony Zdrowia (IOWISZ). W ramach tego narzędzia gromadzone są informacje dotyczące nowopowstających podmiotów medycznych oraz jednostek i komórek organizacyjnych, które potencjalnie mogą brać udział w planowanych postępowaniach konkursowych.

(akta kontroli, str. 908-910)

Analiza przeprowadzona przez Oddział w celu określenia założeń do planu zakupu na rok 2019 wykazała, że realizacja umów w rodzaju SPO, czyli rzeczywiste ich wykonanie, w każdym z zakresów było wyższe niż pierwotna wartość umów. Symulacja rocznego wykonania na podstawie rzeczywistego wykonania z okresu styczeń-listopad 2018 r. wykazała wykonanie większe o średnio 126% od zakontraktowanego (od 111% w świadczeniach w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej domowej do 413% w świadczeniach w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla dzieci wentylowanych mechanicznie).

Z uwagi na ograniczenia finansowe w planie Oddziału na rok 2019, utrzymano w poszczególnych zakresach w rodzaju SPO i obszarach kontraktowania dotychczasową dostępność do świadczeń, bez wyrównywania różnic w dostępności do świadczeń.

(akta kontroli, str. 313-329, 355-356)

Według raportu rocznego Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej za 2018 r.¹³, liczba świadczeń w rodzaju SPO udzielanych w warunkach stacjonarnych dla dorosłych oraz opieki długoterminowej domowej była niewystarczająca w stosunku do zapotrzebowania. Czas oczekiwania na objęcie opieką wynosił w opiece stacjonarnej od 12 do 18 miesięcy, w opiece domowej – od ośmiu do 12 miesięcy. Jako problemy do rozwiązania Konsultant wskazała m.in.: deficyt kadry pielęgniarstwa, wzrost zapotrzebowania na opiekę długoterminową, poprawę dostępności do świadczeń realizowanych w warunkach domowych wśród osób starszych niesamodzielnych, a tym samym obniżenie kosztów leczenia związanych z hospitalizacją w oddziałach szpitalnych oraz niezwłoczne podjęcie działań prawodawczych w celu precyzyjnego pełnego uregulowania zasad finansowania żywienia i zakwaterowania pacjentów w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej.

(akta kontroli, str. 959-967)

W okresie objętym kontrolą Oddział nie uwzględniał świadczeń SPO w priorytetach regionalnych realizowanych w latach 2017-2019.

Dyrektor wyjaśnił, że Zaproponowany przez Centralę NFZ na rok 2018 i lata następne priorytet: „Rozwój opieki długoterminowej”, którego celem jest dążenie do deinstytucjonalizacji i zwiększenie dostępności do świadczeń realizowanych w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej domowej oraz priorytet: rozwój opieki długoterminowej, ze szczególnym uwzględnieniem kompensowania utraconej sprawności określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych, wynika głównie z obserwowanego także w województwie śląskim, zaawansowania procesu starzenia się ludności.

¹³ Konsultant objął funkcję konsultanta wojewódzkiego dla województwa śląskiego w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej w dniu 23 sierpnia 2018 r. W województwie śląskim był on pierwszym konsultantem w tej dziedzinie.

Województwo śląskie wg dokumentu „Krajowe ramy strategiczne. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020” zaliczone zostało do grupy województw, które od szeregu lat cechuje najstarsza przeciętnie populacja (najwyższa mediana wieku oraz najwyższy odsetek osób w wieku 65 lat i więcej). Śląski OW NFZ założenia ww. priorytetów realizuje długofalowo, gdyż na terenie województwa śląskiego dostępność do świadczeń w zakresie pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej (wg danych Centrali NFZ za rok 2016) jest wysoka – średnia kwota na 10 000 mieszkańców wynosi 174 452,16 zł – przy średniej krajowej 83 497,61 zł. Kwota 80 002 433,84 zł przeznaczona w roku 2016 na realizację pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej, plasuje województwo śląskie na pierwszym miejscu. Także w pozostałych kontraktowanych zakresach w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej domowej, dostępność do świadczeń, określana współczynnikiem na 10 tysięcy mieszkańców jest relatywnie dobra. Biorąc pod uwagę powyższe tutejszy Oddział stara się, w miarę posiadanych środków finansowych, uwzględnić potrzebę wzrostu nakładów na świadczenia z zakresu opieki długoterminowej.

(akta kontroli, str. 908-909)

Na świadczenia w rodzaju SPO, Oddział¹⁴ zaplanował środki w wysokości: 262.587,0 tys. zł na 2017 r. (2,8% wszystkich kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w kwocie 9.380.915,0 tys. zł), 286.202 tys. zł na 2018 r. (2,9% kosztów świadczeń w kwocie 9.859.627,0 tys. zł), 296.384,0 tys. zł na 2019 r. (2,76% kosztów świadczeń w kwocie 10.734.702,0 zł).

(akta kontroli, str. 912)

Na poszczególne lata objęte kontrolą na świadczenia w rodzaju SPO zakontraktowano:

- na rok 2017 - 5.094.875 jednostek rozliczeniowych¹⁵ na kwotę 228.359,8 tys. zł,
- na rok 2018 - 7.381.421 jednostek rozliczeniowych na kwotę 239.312,7 tys. zł,
- na I półrocze 2019 r. - 3.764.206 jednostek rozliczeniowych na kwotę 107.451,4 tys. zł.

Największą liczbę jednostek na świadczenia w rodzaju SPO zakontraktowano na pielęgniarstwo opieki długoterminowej domowej na rok 2017 - 3.455.466 jednostek (68% zakontraktowanych jednostek na rok 2017) na kwotę 94.733,3 tys. zł (42% wartości umów SPO w 2017 r.).

Największe liczby jednostek i tym samym wartości umów zakontraktowano w miastach (miastach na prawach powiatu): Katowice¹⁶ oraz Częstochowa¹⁷.

Podobne liczby jednostek i wartości umów zakontraktowano w ww. zakresie i w ww. powiatach w roku 2018¹⁸, w którym nastąpił spadek, tj. o 1,2% zarówno w liczbie jednostek, wartości umów ogółem, jak i w ww. powiatach. Na okres styczeń-czerwiec 2019 r. zakontraktowano 1.671.892 jednostek na kwotę 45.836,4 tys. zł.

¹⁴ Dane z zał. Do FM_01 Sprawozdanie z realizacji planu finansowego ŚOW NFZ. Na koszty w sprawozdaniu z wykonania planu finansowego Śląskiego OWNFZ za dany okres sprawozdawczy składają się: koszty wynikające z realizacji umów wg stanu na dzień zamknięcia ksiąg, noty migracyjne wystawione przez Śląski OW NFZ, noty migracyjne otrzymane z innych OW NFZ, rozliczenia międzyokresowe bierne.

¹⁵ W roku 2017 jednostką rozliczeniową świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej był osobodzień lub punkt zgodnie z załącznikiem nr 1 do zarządzenia Nr 60/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej (uchylone z dniem 1 lipca 2018 r.). Od 1 lipca 2018 r. jednostką miary służącą do określenia wartości świadczeń był punkt. (zgodnie z załącznikiem nr 1 do zarządzenia Nr 45/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej).

¹⁶ Liczba jednostek: 275.280, wartość umów: 7.451,8 tys. zł.

¹⁷ Liczba jednostek: 258.685, wartość umów: 7.002,6 tys. zł.

¹⁸ Liczba jednostek: 3.415.224, wartość umów: 93.630,1 tys. zł.

W zakresie świadczeń w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym/opiekuńczo-leczniczym zakontraktowano:

- na rok 2017 – 1.127.422 jednostek na kwotę 86.229,6 tys. zł,
- na rok 2018 – 2.071.141 jednostek na kwotę 88.539,4 tys. zł,
- na I połowę 2019 r. – 1.572.330 jednostek na kwotę 46.319,4 tys. zł.

Największe liczby jednostek i tym samym wartości umów w tym zakresie, zakontraktowano w powiecie żywieckim¹⁹ i mieście (mnpp) Katowice²⁰. W obu powiatach w 2018 r. nastąpił wzrost zakontraktowanej liczby jednostek oraz wartości umów w porównaniu do roku 2017²¹.

(akta kontroli, str. 913-916)

Zmiana wartości świadczeń/wartości umów była związana ze zmianą jednostek rozliczeniowych.

(akta kontroli, str. 1061-1062)

Odnośnie gromadzenia przez Oddział danych o liczbie osób skierowanych do ZOL i oczekujących na udzielenie świadczenia Dyrektor wyjaśnił, że *Od okresu sprawozdawczego kwiecień 2015 r. świadczenia wykonywane w Zakładach Opiekuńczo-Leczniczych zostały usunięte ze słownika komórek organizacyjnych podlegających sprawozdawczości z zakresu list oczekujących. Wobec powyższego Śląski Oddział Wojewódzki NFZ nie prowadzi rejestru osób oczekujących na udzielenie świadczeń w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych/opiekuńczo-leczniczych, nie gromadzi także informacji na temat liczby pacjentów zmarłych przed uzyskaniem świadczenia.*

(akta kontroli, str. 911)

1.2. Kontraktowanie świadczeń opieki długoterminowej

Opis stanu
faktycznego

W latach 2017-2019 (I połowa) świadczenia w rodzaju SPO zakontraktowano na terenie wszystkich 36 powiatów, w tym: świadczenia w pielęgniarstwie domowym w 36, świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym/opiekuńczo-leczniczym w 27, świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie w 12, świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym/opiekuńczo-leczniczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie w pięciu.

Świadczeń w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym/opiekuńczo-leczniczym nie zakontraktowano na terenie dziewięciu powiatów: bielskiego, częstochowskiego, kłobuckiego, lublinieckiego, rybnickiego, bieruńsko-lędzkiego, Mysłowicach, Tychach i Żorach. Powiaty te zostały uwzględnione w postępowaniach konkursowych prowadzonych w roku 2019 na grupy powiatów.

(akta kontroli, str. 917-919)

Zastępca Dyrektora ds. Służb Mundurowych i Świadczeniobiorców wyjaśniła, że *Świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w zakresie świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym/opiekuńczo-leczniczym realizowane w okresie od 1 stycznia 2017 do 30 czerwca 2019 roku realizowane były na podstawie umów wieloletnich zawartych w wyniku rozstrzygnięcia konkursów ofert prowadzonych w II kwartale 2014 roku. (...) Zdecydowano wówczas, że świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym/opiekuńczo-leczniczym kontraktowane będą w podziale*

¹⁹ Liczba jednostek: 2017 – 114.055, 2018 – 221.449, 2019 (I połowa) – 177.337. Wartość umów: 2017 – 8.238,6 tys. zł, 2018 – 8.786,2 tys. zł, 2019 (I połowa) – 4.930,3 tys. zł

²⁰ Liczba jednostek: 2017 – 115.385, 2018 – 219.005, 2019 (I połowa) – 167.985. Wartość umów: 2017 – 8.735,6 tys. zł, 2018 – 9.219,9 tys. zł, 2019 (I połowa) – 4.904,2 tys. zł.

²¹ Powiat żywiecki –wzrost liczby jednostek o 94%, wartości umów o 6,6%. Katowice – wzrost liczby jednostek o 89%, wartości umów o 5,5%.

na grupy powiatów podregiony: bielski, częstochowski, bytomski, gliwicki, katowicki, sosnowiecki, tyski i rybnicki. (...) Poszanowanie zasady równego traktowania podmiotów-oferentów wymaga, by ogłoszone postępowania konkursowe obejmowały obszar całego województwa, tak aby każdy z oferentów niezależnie od miejsca udzielania świadczeń mógł złożyć ofertę i tym samym uczestniczyć w postępowaniu. Kontraktowanie z pominięciem pewnych części województwa mogło zostać oprotestowane, co mogło zagrozić całemu procesowi zawierania umów na rok 2014. (...) W toku postępowania komisja konkursowa kierując się zasadą równego traktowania podmiotów oraz procedurą konkursową powinna dokonywać wyboru do zawarcia umowy pomiędzy ofertami złożonymi przez podmioty z tego samego rejonu województwa. Przewidziany procedurą konkursową ranking ofert jest miarodajny gdy pozycjonowane są w nim oferty z możliwie najmniejszego obszaru kontraktowania. W związku z powyższym powinno się dążyć do ogłoszenia postępowań konkursowych odrębnie dla każdego powiatu, dzięki czemu w konkursie rywalizują ze sobą podmioty konkurencyjne wobec siebie na lokalnym rynku usług medycznych. Takie rozwiązanie z pozoru sprzyja również zabezpieczeniu równomiernego dostępu do świadczeń. W rzeczywistości tylko w zakresie świadczenia w pielęgniarstwie długoterminowej domowej w rodzaju SPO świadczeniodawcy realizują świadczenia we wszystkich 36 powiatach województwa śląskiego. Ponadto rozpisanie postępowań konkursowych z dokładnością do powiatu uniemożliwia optymalne wykorzystanie środków finansowych. Ogłoszenie postępowań w pozostałych zakresach świadczeń w rodzaju SPO z dokładnością do powiatów rodziło ryzyko zamrożenia środków finansowych w postępowaniach, do których nie przystąpiłby żaden oferent. Postępowania te zostałyby wprawdzie unieważnione, ale środki finansowe z takich postępowań nie mogłyby zostać użyte w celu podniesienia wartości pozostałych, toczących się postępowań. (...) Spośród złożonych wówczas 58 ofert żadna nie dotyczyła miejsc realizacji świadczeń zlokalizowanych na obszarze dziewięciu powiatów: bielskiego, częstochowskiego, kłobuckiego, lublinieckiego, rybnickiego, bieruńsko-lędzińskiego oraz miast Mysłowice, Tychy, Żory. Przyczyną powyższego jest brak funkcjonujących na ww. obszarach podmiotów, które spełniałyby wymogi odnośnie realizacji przedmiotowych świadczeń oraz „historyczny” sposób zabezpieczania dostępu do świadczeń przez podmioty z powiatów ościennych.

(akta kontroli, str. 1058-1060)

Zastępca Dyrektora ds. Służb Mundurowych i Świadczeniobiorców wyjaśniła, że Analizowanie dostępności do świadczeń w podziale na powiaty zasadne jest jedynie w odniesieniu do świadczeń z zakresu pielęgniarstwa długoterminowej domowej. Jest to jedyny z zakresów świadczeń, w którym zaplanowano finansowanie dla każdego powiatu odrębnie.

(akta kontroli, str. 1060-1061)

Najniższe i najwyższe nakłady na jednego mieszkańca²² w przypadku świadczeń w pielęgniarstwie długoterminowej domowej wynosiły:

- w roku 2017 – 6,24 zł w powiecie Gliwice i 45,98 zł w powiecie myszkowskim (średni nakład na osobę w województwie śląskim wynosił 21,33 zł),
- w roku 2018 – 6,22 zł w powiecie Gliwice i 44,81 zł w powiecie myszkowskim (średni nakład na osobę w województwie śląskim wynosił 21,07 zł),

²² Aktualna liczba ludności w poszczególnych obszarach kontraktowania (powiatach, grupach powiatów, województwie ogółem) wg dostępnych danych GUS oraz ostateczna wartość umów (po aneksach i ugodach) za lata 2017-2018 oraz I półrocze 2019 r., w podziale na zakresy świadczeń.

- w roku 2019 (I połowa) – 2,94 zł w powiecie Gliwice i 21,39 zł w powiecie myszkowskim (średni nakład na osobę w województwie śląskim wyniósł 10,29 zł).

(akta kontroli, str. 1064-1068)

Dyrektor wyjaśnił, że *Zasadniczą przyczyną występowania różnic w poziomie finansowania ww. świadczeń w poszczególnych powiatach/podregionach jest pierwotne rozmieszczenie miejsc ich realizacji. Specyfika rodzaju świadczenia pielęgnacyjnego i opiekuńczego uniemożliwia bowiem swobodne modelowanie algorytmu podziału środków finansowych. Głównym zadaniem Śląskiego OW NFZ jest zabezpieczenie ciągłości udzielania świadczeń pacjentom dotychczas objętych opieką długoterminową. Niemożliwym jest zatem wyrównanie wartości przeznaczanych na finansowanie przedmiotowych świadczeń w poszczególnych obszarach poprzez uśrednianie, polegające na zmniejszaniu wartości umów w niektórych obszarach na rzecz zwiększania tych wartości w pozostałych obszarach kontraktowania. Tym samym wyrównywanie poziomu dostępu do opieki długoterminowej odbywa się w drodze zwiększania wartości zawartych umów w sytuacji zmiany planu finansowego Śląskiego OW NFZ.*

(akta kontroli, str.1058-1060, 1087)

Liczba podmiotów w poddanych szczegółowej analizie zakresach świadczeń udzielanych osobom dorosłym w rodzaju SPO, w okresie objętym kontrolą pozostawała na podobnym poziomie. Świadczenia w pielęgniarstwie opiece długoterminowej domowej udzielane były przez 194 podmioty w 2017 r., 191²³ w 2018 r. i w 2019 r. (I półrocze). Świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym/opiekuńczo-leczniczym udzielane były przez 55 podmiotów w 2017 r., 57²⁴ w 2018 r. i 54²⁵ w I półroczu 2019 r.²⁶ Świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie udzielane były przez 16 podmiotów w 2017 r., 14²⁷ w 2018 r. i I połowie 2019 r. Świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym/opiekuńczo-leczniczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, w całym badanym okresie udzielane były przez pięć podmiotów.

(akta kontroli, str. 919, 1091-1096)

W latach 2017-2019 (I półrocze) liczba udzielonych świadczeń opieki długoterminowej wyniosła 351.053, z tego: 140.332 w 2017 r., 139.616 w 2018 r. i 71.105 w 2019 r. (I półrocze).

Liczba osób objętych opieką wyniosła 57.291, z tego:

- w 2017 r. - 20.251,
- w 2018 r. - 20.103 (spadek o 0,7%),
- w 2019 r. (I półrocze) - 16.937.

Według sprawozdań za lata 2017-2019, w ramach opieki długoterminowej najwięcej świadczeń udzielono i objęto opieką największą liczbę osób w zakresie: pielęgniarstwa opiece długoterminowej domowej, tj. łącznie odpowiednio: 318.076 (91% wszystkich udzielonych świadczeń SPO) i 39.595 (69%). Z kolei, łączna liczba udzielonych świadczeń w zakresie: świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym/opiekuńczo-leczniczym wyniosła 14.708, a liczba osób nimi objęta – 14.017. Najwięcej udzielono świadczeń oraz największą liczbę osób objęto opieką

²³ Liczba podmiotów zmniejszyła się w: powiecie będzińskim o jeden, bieruńsko-lędzińskim o jeden i w Tychach o jeden.

²⁴ Liczba podmiotów zwiększyła się w: powiecie wodzisławskim o jeden i Dąbrowa Górnicza o jeden.

²⁵ Liczba podmiotów zmniejszyła się w: powiecie pszczyńskim o jeden, wodzisławskim o jeden, Częstochowa o jeden.

²⁶ Liczba łóżek w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych w województwie śląskim według stanu na 31 grudnia wynosiła: w 2016 r. – 4719 (odpowiednio: 1434 i 3285), w 2017 r. – 4720 (odpowiednio: 1467 i 3253) i w 2018 r. – 4771 (odpowiednio: 1395 i 3376) Dane Głównego Urzędu Statystycznego ze strony <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/metadata/cechy/1830>.

²⁷ Liczba podmiotów zmniejszyła się w: powiecie cieszyńskim i gliwickim o jeden.

w powiecie Katowice²⁸ oraz Częstochowa²⁹, a najmniejszą w powiecie bieruńsko-lędzińskim³⁰. W obu ww. zakresach, w poszczególnych latach nie występowały znaczne różnice w dostępie do świadczeń w poszczególnych powiatach.

(akta kontroli, str. 917- 918)

Oddział poniósł następujące wydatki związane z opieką długoterminową³¹:

- w 2017 r. – 259.512,22 tys. zł³², co stanowiło 2,83% wszystkich kosztów świadczeń opieki zdrowotnej Oddziału (9.173.687,88 tys. zł),
- 2018 r. – 285.410,43 tys. zł³³, co stanowiło 2,91% wszystkich kosztów świadczeń (9.804.614,31 tys. zł),
- w 2019 r. (I półrocze) – 136.119,81 tys. zł³⁴, co stanowiło 2,69% wszystkich kosztów świadczeń zrealizowanych w tym okresie (5.054.660,28 tys. zł).

(akta kontroli, str. 912, 1089-1090)

Dyrektor wyjaśnił, że *wartość poniesionych wydatków, czyli wartość sfinansowanych świadczeń wykonanych w ramach umowy ujmuje się zgodnie z planem rzeczowo-finansowym umowy dla danego zakresu świadczeń oraz wyróżnika, tj. zgodnie z OWU. System finansowo-księgowy nie przypisuje precyzyjnie wydatków do komórek organizacyjnych tj. miejsc realizacji świadczeń. Mając na względzie powyższe, Śląski OW NFZ nie ma możliwości sporządzenia raportu dotyczącego poniesionych wydatków w podziale na zakresy świadczeń i powiaty.*

(akta kontroli, str. 1081)

Wartość rzeczywistego wykonania planu świadczeń w rodzaju SPO za okres objęty kontrolą, bez uwzględnienia kwot poniesionych na wzrost wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych oraz podwyższenia wynagrodzeń zasadniczych lekarzy specjalistów, wynosiła:

- w 2017 r. – 229.537,6 tys. zł,
- w 2018 r. – 240.538,9 tys. zł (zwiększenie o 4,8%),
- w 2019 (I półrocze) – 126.457,7 tys. zł.

(akta kontroli, str. 1082-1084)

Największe rzeczywiste wykonanie planu świadczeń w zakresie pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej wystąpiło w miastach Częstochowa³⁵ oraz Katowice³⁶, a w zakresie świadczeń w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym/opiekuńczo-leczniczym – w powiecie żywieckim³⁷ i mieście Katowice³⁸. Wartość wykonania świadczeń w pielęgniarstwie opieki długoterminowej domowej w badanym okresie zmniejszyła się z 95.805,5 tys. zł w roku 2017 do 95.152,7 tys. zł w roku 2018 (o 0,7%). Wartość wykonania świadczeń w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym/opiekuńczo-leczniczym zwiększyła się z 86.342 tys. zł w roku 2017 do 88.279 tys. zł w roku 2018 (o 2,2%).

(akta kontroli, str. 1083)

²⁸ Liczba sprawozdanych świadczeń w 2017 r. – 10.578, liczba osób objęta opieką w 2017 r. – 1.570, w 2018 r. – 10.245, 1.492; w I połowa 2019 r. – 5.052, 1.233.

²⁹ Liczba sprawozdanych świadczeń w 2017 r. – 9.830, liczba osób objęta opieką w 2017 r. – 1.403, w 2018 r. – 9.888, 1.413; w I połowa 2019 r. – 5.032, 1.202.

³⁰ Liczba sprawozdanych świadczeń w 2017 r. – 1.202, liczba osób objęta opieką w 2017 r. – 150, w 2018 r. – 1.175, 149 w I połowa 2019 r. – 595, 138.

³¹ System księgowy Śląskiego OW NFZ nie dysponuje kontami analitycznymi które umożliwiłyby przygotowanie zestawienia kosztów w podziale na zakresy świadczeń i/lub powiaty.

³² W tym 31.796,4 tys. zł wyniosły podwyżki wynagrodzeń pielęgniarek i położnych (udział w środkach poniesionych na SPO – 12,2%).

³³ W tym 46.192,4 tys. zł wyniosły podwyżki wynagrodzeń pielęgniarek i położnych (udział w SPO – 16,2%).

³⁴ W tym 29.616,0 tys. zł wyniosły podwyżki wynagrodzeń pielęgniarek i położnych (udział w SPO – 21,8%).

³⁵ Wartość wykonania rzeczywistego w 2017 r. – 7.110,3 tys. zł, w 2018 r. – 7.096,5 tys. zł, w 2019 r. (I poł.) – 3.481,8 tys. zł.

³⁶ Wartość wykonania rzeczywistego w 2017 r. – 7.452,3 tys. zł, w 2018 r. – 7.267,8 tys. zł, w 2019 r. (I poł.) – 3.489 tys. zł.

³⁷ Wartość wykonania rzeczywistego w 2017 r. – 8.239,6 tys. zł, w 2018 r. – 8.786 tys. zł, w 2019 r. (I poł.) – 5.003,6 tys. zł.

³⁸ Wartość wykonania rzeczywistego w 2017 r. – 8.656 tys. zł, w 2018 r. – 9.030,3 tys. zł, w 2019 r. (I poł.) – 4.839 tys. zł.

1.3. Postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki długoterminowej

W latach 2017 - 2018 Oddział nie przeprowadził postępowań dotyczących zawarcia umów o udzielanie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. W I półroczu 2019 r. (w związku z upływem 30 czerwca 2019 r. okresu obowiązywania umów dla tego rodzaju świadczeń), Oddział przeprowadził 87 postępowań konkursowych poprzedzających zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na okres od 1 listopada 2019 r. do 30 czerwca 2024 r., z tego: 44 postępowania zostały rozstrzygnięte, siedem unieważniono, a 36 postępowań odwołano.

(akta kontroli, str. 12, 283)

Badaniem szczegółowym objęto cztery postępowania o zawarcie umów o numerach³⁹:

- 12-19-000395/SPO/14/1/14.5160.026.04/01 na świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym/opiekuńczo-leczniczym, ogłoszone na obszar miast: Chorzów, Katowice, Mysłowice, Ruda Śląska, Siemianowice Śląskie i Świętochłowice,
- 12-19-000399/SPO/14/1/14.5160.026.04/01 na świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym/opiekuńczo-leczniczym, ogłoszone na obszar powiatu: mikołowskiego, pszczyńskiego, bieruńsko-lędzińskiego, miasta Tychy,
- 12-19-000441/SPO/14/1/14.2142.026.04/01 na świadczenia w pielęgniarstwie opieki długoterminowej domowej, ogłoszone na obszar miasta Katowice,
- 12-19-000471/SPO/14/1/14.2142.026.04/01 na świadczenia w pielęgniarstwie opieki długoterminowej domowej, ogłoszone na obszar powiatu bieruńsko-lędzińskiego.

(akta kontroli, str. 12-13)

Ustalono, że Oddział należycie przygotował podstawy organizacyjne do przeprowadzenia postępowań o zawarcie umowy w zakresie stacjonarnej i domowej opieki długoterminowej w trybie konkursu lub rokowań. Komisje przeprowadzające wybrane do kontroli postępowania powołane zostały zarządzeniami wewnętrznymi Dyrektora Oddziału⁴⁰.

(akta kontroli, str. 229-282)

Pierwsza powołana do prac Komisja liczyła 37 osób. Zadaniem Komisji było przeprowadzenie w trybie konkursu ofert 70 postępowań w rodzaju SPO⁴¹. Po kilku zmianach, w pracach Komisji powołanej dla rodzaju SPO (w tym do postępowań poddanych badaniu), ostatecznie uczestniczyło 31 osób⁴². Do 31 maja 2019 r. Komisja w składzie 33-osobowym przeprowadziła 44 postępowania. Od czerwca

³⁹ Doboru postępowań do badania dokonano w sposób celowy, tj. dwa postępowania z zakresu świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym/opiekuńczo-leczniczym oraz dwa z zakresu świadczenia w pielęgniarstwie opieki długoterminowej domowej.

⁴⁰ Zarządzeniem Wewnętrznym Dyrektora Śląskiego OW NFZ nr 69/2019 z dnia 7 marca 2019 roku w sprawie powołania komisji konkursowej do przeprowadzenia przez Śląski OF NZ konkursów ofert na zawarcie przez NFZ umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, numery w rejestrze ogłoszonych postępowań: 338-407, zwanym dalej „zarządzeniem nr 69/2019” oraz Zarządzeniem Wewnętrznym Dyrektora Śląskiego OW NFZ nr 79/2019 z dnia 14 marca 2019 roku w sprawie powołania komisji konkursowej do przeprowadzenia przez Śląski OF NZ konkursów ofert na zawarcie przez NFZ umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, numery w rejestrze ogłoszonych postępowań: 412-447, zwanym dalej „zarządzeniem nr 79/2019”.

⁴¹ Zarządzenie nr 69/2019 oraz zarządzenie nr 79/2019.

⁴² Zarządzenie wewnętrzne Dyrektora SOW NFZ nr 163/2019 z 3 czerwca 2019 r. w sprawie powołania Komisji Konkursowej do przeprowadzenia przez Śląski OW NFZ konkursów ofert na zawarcie przez NFZ umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna, numery w rejestrze ogłoszonych postępowań: 338-407 oraz Zarządzenie Wewnętrzne Dyrektora Śląskiego OW NFZ nr 164/2019 z dnia 3 czerwca 2019 roku w sprawie powołania komisji konkursowej do przeprowadzenia przez Śląski OF NZ konkursów ofert na zawarcie przez NFZ umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, numery w rejestrze ogłoszonych postępowań: 412-447.

2019 r. Komisja w składzie 31-osobowym prowadziła równolegle 31 postępowań w rodzaju SPO.

W składzie Komisji zapewniono udział osób posiadających co najmniej wykształcenie wyższe i tytuł zawodowy magistra lub równorzędny w dziedzinie nauk medycznych oraz dziedzinie nauk prawnych lub ekonomicznych. Komisja posiadała umocowanie prawne do działania na obszarze, odnośnie którego rozstrzygała.

(akta kontroli, str. 215-216, 218-281, 284-287, 300-312, 680-682, 781-872, 941)

Stwierdzono, że jeden z 31 członków Komisji uczestniczących w czterech postępowaniach poddanych kontroli, nie złożył oświadczenia o braku przesłanek wykluczających go z prac, co szczegółowo opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Ustalone nieprawidłowości*.

(akta kontroli, str. 681-682, 781-872)

Prace Komisji w rodzaju SPO trwały od otwarcia ofert do rozstrzygnięcia każdego z postępowań, tj.:

- nr 12-19-000395/SPO/14/1/14.5160.026.04/01 od 29 marca do 7 czerwca 2019 r.,
- nr 12-19-000399/SPO/14/1/14.5160.026.04/01 od 29 marca do 7 czerwca 2019 r.,
- nr 12-19-000441/SPO/14/1/14.2142.026.04/01 od 2 kwietnia do 7 czerwca 2019 r.,
- nr 12-19-000471/SPO/14/1/14.2142.026.04/01 od 2 kwietnia do 31 maja 2019 r.

Liczba dni dzielących otwarcie ofert od rozstrzygnięcia każdego z postępowań kształtowała się następująco:

- nr 12-19-000395/SPO/14/1/14.5160.026.04/01 – 13 ofert - 70 dni.
- nr 12-19-000399/SPO/14/1/14.5160.026.04/01 – 4 oferty - 70 dni,
- nr 12-19-000441/SPO/14/1/14.2142.026.04/01 – 4 oferty - 66 dni,
- nr 12-19-000471/SPO/14/1/14.2142.026.04/01 – 2 oferty - 59 dni.

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych wyjaśniła, że *Podkreślenia wymaga, że członkowie Komisji Konkursowej dokonywali w tym samym czasie weryfikacji ofert złożonych w kilku postępowaniach konkursowych w przedmiotowym rodzaju świadczeń. Zatem analizując powyższe dane należy pamiętać, że we wskazanej w powyższej tabeli liczbie dni weryfikacji i ocenie podlegały również oferty złożone w pozostałych, nie objętych kontrolą, postępowaniach.*

(akta kontroli, str. 217)

W każdym ww. postępowaniu zrealizowano plan zakupu świadczeń.

(akta kontroli, str. 687, 742, 806, 870)

W wyniku badania 14 ofert złożonych w toku ww. czterech postępowań⁴³ stwierdzono, że Komisja poprawnie oceniła spełnienie przez oferentów warunków zapewnienia jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości i ceny udzielanych świadczeń i poprawnie odrzuciła dwóch oferentów niespełniających wymaganych warunków określonych w obowiązujących przepisach, w tym wymogów ustalonych przez Prezesa NFZ na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁴⁴.

W toku prowadzonych postępowań, Komisja przeprowadziła weryfikację u wszystkich oferentów (tj. u pięciu), którzy dotychczas nie mieli zawartej umowy z Oddziałem, w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie ze stanem faktycznym. Weryfikacje prowadzone były zgodnie z *Zarządzeniem Wewnętrznym Dyrektora Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ*

⁴³ Cztery oferty w postępowaniu nr: 12-19-000395/SPO/14/1/14.5160.026.04/01, cztery w postępowaniu nr 12-19-000399/SPO/14/1/14.5160.026.04/01, dwie w postępowaniu 12-19-000471/SPO/14/1/14.2142.026.04/01, czterech w 12-19-000441/SPO/14/1/14.2142.026.04/01.

⁴⁴ Dz. U. z 2019 poz. 1373, ze zm., zwaną dalej „ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej”.

nr 179/2015 z 5 listopada 2015 r. w sprawie wprowadzenia zasad weryfikacji uczestniczących w postępowaniu poprzedzającym zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W trakcie weryfikacji sprawdzano: gotowość personelu do udzielania świadczeń, spełnianie warunków wymaganych i dodatkowo ocenianych pomieszczeń przeznaczonych do realizacji świadczeń i wykazanych w ofercie, spełnianie warunków wymaganych i dodatkowo ocenianych wyposażenia przeznaczonego do realizacji świadczeń oraz zgodność udzielonych odpowiedzi ankietowych ze stanem faktycznym.

Sposób postępowania Komisji w przypadku wystąpienia braków w złożonych ofertach, był jednolity. W każdym analizowanej sprawie występowało o uzupełnienie braków formalnych. W badanych postępowaniach nie wystąpiły sytuacje skorzystania przez oferentów ze środków odwoławczych.

(akta kontroli, str. 665-675, 679, 683-688, 717-742, 784-809, 849--870, 897-905)

W badanych postępowaniach zapewniono proporcjonalny podział środków pomiędzy podmioty wybrane w postępowaniu o zawarcie umowy w zakresie stacjonarnej i domowej opieki długoterminowej. Na posiedzeniach Komisji określano, w sposób formalny, zasady podziału środków, tj. sposób limitowania - według wskaźnika jakościowego w stosunku do średniej wartości wskaźnika jakościowego. Stosowano zasady transparentności negocjacji i wobec oferentów stosowano jednolite zasady postępowania, zgodne z *Procedurą konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*. Do negocjacji zaproszono wszystkich oferentów. W poddanych badaniu postępowaniach oferenci nie wnieśli protestów i odwołań dotyczących sposobu i przebiegu negocjacji. Podczas negocjacji Oddział dawał oferentom możliwość zmian cen w stosunku do ceny złożonej przez nich w ofercie, proponując obniżenie ceny w przypadku gdy cena ta była wyższa niż oczekiwana. W poddanym badaniu ofertach wystąpiły przypadki obniżenia ceny przez oferentów, jednakże nie miało to wpływu na zmianę miejsca w rankingu. Przebieg negocjacji dokumentowany był wyłącznie w protokołach z negocjacji. Żaden z oferentów nie wyraził zgody na zapis audiowizualny.

(akta kontroli, str. 290-299, 683-717, 739-781, 803-806, 813-849, 867-870, 873-896)

Odnośnie dokumentowania postępowania Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych wyjaśniła: *Zgodnie z treścią Procedury konkursu (...)komisja obligatoryjnie dokumentuje przebieg negocjacji z oferentami w protokole z negocjacji, może także dokumentować ich przebieg w formie rejestracji audiowizualnej. Protokół z negocjacji jest sporządzany w sytuacji gdy stanowiska stron nie są zbieżne w zakresie liczby lub ceny świadczeń (...). W przypadku ustalenia w procesie negocjacji zbieżnego stanowiska w zakresie zarówno liczby jak i ceny świadczeń lub w przypadku ustalenia ostatecznie rozbieżnych stanowisk sporządzany jest protokół końcowy z negocjacji (...). Każda z negocjujących stron ma możliwość zgłaszania uwag do procesu negocjacji, które znajdują swoje odzwierciedlenie w treści protokołu. Brak dodatkowych zapisów w protokołach kontrolowanych postępowań konkursowych oznacza, że oferenci nie zgłaszali żadnych wniosków lub uwag do jego treści, a sam proces negocjacji sprowadzał się do uzgodnienia akceptowalnego dla obydwu stron stanowiska w kwestii liczby i ceny świadczeń opieki zdrowotnej. Podkreślenia wymaga, że Procedura konkursu (...) jest jedynym dokumentem wskazującym jaka dokumentacja powinna zostać wytworzona podczas prowadzenia przez komisje konkursowe negocjacji. Nie istnieją inne przepisy lub wytyczne rozszerzające zakres dokumentacji tworzonej w tym procesie.*

(akta kontroli, str. 969-970)

W poddanych analizie postępowaniach konkursowych liczba i cena świadczeń po negocjacjach zmieniała się w stosunku do propozycji zgłoszonych w ofertach. Zwiększano lub zmniejszano zarówno liczbę, jak i cenę jednostek.

(akta kontroli, str. 683-717, 739-781, 803-806, 813-849, 867-870, 873-896)

Zgodnie z punktem 3.2.1.2. *Procedury konkursu (...)* wszystkie propozycje Komisji odbiegające od propozycji ofertowej wymagały pisemnego uzasadnienia w dokumentacji postępowania. W dokumentacji z postępowań nie znajdowały się odrębne pisemne uzasadnienia powyższych zmian.

(akta kontroli, str. 683-717, 739-781, 803-806, 813-849, 867-870, 873-896, 1076-1077)

Dyrektor wyjaśnił, że dla każdego z prowadzonych postępowań konkursowych Komisja Konkursowa podczas jej posiedzenia przyjęła algorytm podziału dostępnych środków finansowych pomiędzy oferentów, zaproszonych do wzięcia udziału w negocjacjach. Ponieważ jednolity sposób podziału środków był stosowany wobec wszystkich oferentów, uznano go za wystarczające uzasadnienie złożenia w toku przeprowadzanych negocjacji propozycji różniących się od pierwotnych propozycji oferentów w zakresie liczby lub ceny oferowanych świadczeń. Podkreślenia przy tym wymaga fakt, że przyjęte sposoby podziału środków przedstawiono w sposób nie pozostawiający wątpliwości co do wyników określających propozycje dla poszczególnych oferentów, zgodnie z utworzonym rankingiem. Stosowne protokoły z posiedzeń Komisji Konkursowych poświęconych przyjęciu zasad podziału środków finansowych znajdują się w dokumentacji tych postępowań.

(akta kontroli, str. 1087-1088)

W dwóch protokołach z posiedzenia Komisji z dnia 22 maja 2019 r., dotyczących wszystkich poddanych analizie postępowań konkursowych, wskazano zasady limitowania w badanych postępowaniach i kryteria podziału środków finansowych.

(akta kontroli, str. 290-299)

Odnosnie weryfikacji dokumentacji ofertowej przez systemy informatyczne członkowie Komisji wyjaśnili, że „System informatyczny NFZ - moduł obsługi konkursu ofert” nie był i nie jest modulem umożliwiającym dokonywanie jakichkolwiek czynności weryfikujących dokumentację ofertową. Nie posiadał on i nie posiada ani jednej funkcji umożliwiających automatyzację czynności sprawdzających. Wszystkie czynności weryfikujące informacje zawarte w złożonych ofertach wykonywane są przez członków Komisji w sposób ręczny. Największą trudnością jest: obliczanie *etatu przeliczeniowego* personelu wykazanego w ofercie przez oferenta.

(akta kontroli, str. 676-678)

1.4. Aneksowanie umów wieloletnich na świadczenia stacjonarnej opieki długoterminowej

Opis stanu faktycznego

Zasady dokonywania zmian wartości planu rzeczowo-finansowego umów o udzielanie świadczeń opieki zostały określone w *Zarządzeniu Wewnętrznym Dyrektora Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Katowicach Nr 229/2018 z dnia 10 lipca 2018 r. w sprawie wprowadzenia zasad wprowadzania zmian w planach rzeczowo-finansowych umowy w trybie § 43 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 września 2015 roku w sprawie ogólnych*

warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 1146 z późn. zm.).⁴⁵

(akta kontroli str. 944, 947-953)

W wyniku badania dokumentacji dotyczącej zawarcia 12 wybranych aneksów do umów wieloletnich⁴⁶ stwierdzono, że określone w zarządzeniu nr 229/2018 zasady aneksowania i sposób podziału środków były przejrzyste oraz zgodnie z ww. zarządzeniem. W 11 przypadkach⁴⁷, zgodnie z zarządzeniem, przesłanką do zmian wynikających ze specyfiki świadczeń w rodzaju SPO były wnioski uzyskane z analizy wykonania kontraktów za dany okres ze wskazaniem zakresów o wysokim znaczeniu i niskim poziomie zabezpieczenia (tj. świadczenia zespołu opieki długoterminowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie oraz świadczenia w zakładzie opiekuńczo-leczniczym/pielęgnacyjno-opiekuńczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie). Zawarte w notatkach służbowych (*zbiorczych ocenach poziomu realizacji umów*) rekomendacje dotyczące podjęcia przez Oddział działań wynikały z analizy wartości zrealizowanych świadczeń, poziomu realizacji umów (*nadwykonania*⁴⁸ i *niedowykonania*), poziomu dostępności do świadczeń oraz możliwości kadrowo-lokalowe oraz sprzętowe świadczeniodawców (weryfikacja potencjału sprowadzała się głównie do sprawdzenia czy w określonym umową harmonogramie pracy komórki organizacyjnej lub przy określonej liczbie łóżek możliwa była realizacja wynikającej z wartości renegotiacji liczby świadczeń). Analiza dotyczyła również przerw w realizacji świadczeń zdrowotnych i podejmowanych działań przez Oddział w tym zakresie. Na podstawie ww. analizy wykonania umów dokonywano zbilansowania umów (zmniejszenia i zwiększenia wartości umów), przedstawiając świadczeniodawcom propozycje aneksów do podpisanych przez nich umów. W przypadku świadczeniodawców, którzy wykazali znaczące nadwykonania, tj. ponad 100 osobodni, zaproponowano zapłatę w wysokości 50% nadwykonanych świadczeń w zakresach dedykowanych dzieciom. Na 12 aneksów, w trzech przypadkach wystąpiły zmiany wartości zawartych umów w połowie roku. Przyczynami zmian były m.in. wniosek świadczeniodawcy o renegotiację w związku z przejściem pacjentów z innego zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego oraz znaczne nadwykonania.

Zgodnie z ww. zarządzeniem notatki służbowe przekazane zostały do Dyrektora Oddziału w celu uzyskania jego akceptacji. Dyrektor Oddziału zaakceptował poddane badaniu zbiorcze oceny poziomu realizacji umów, a wskazane w nich propozycje renegotiacji, dotyczące zarówno liczby produktów, jak i wartości, zostały ujęte w podpisanych przez świadczeniodawców aneksach do umów.

(akta kontroli, str. 122-162, 168-178, 200-204, 954-958)

Ustalone nieprawidłowości

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

Jeden z członków Komisji, powołany do prac przy postępowaniach objętych badaniem⁴⁹, nie złożył oświadczenia, że nie zachodzą wobec niego przesłanki określone w art. 139 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, wykluczające

⁴⁵ Zwanym dalej „zarządzeniem nr 229/2018”.

⁴⁶ Doboru dokumentacji dokonano w sposób losowy, na podstawie zestawień dotyczących umów zaplanowanych do bilansowania, występujących w notatkach służbowych dotyczących analizy poziomu umów.

⁴⁷ W jednym na 12 poddanych badaniu aneksów, o renegotiację umowy wnioskował świadczeniodawca. Przyczyną było przejście pacjentów z ZPO prowadzonego przez inny podmiot.

⁴⁸ Rozumianych jako świadczenia zdrowotne udzielone poza limitem określonym w kontrakcie z NFZ.

⁴⁹ 12-19-000395/SPO/14/1/14.5160.026.04/01, 12-19-000399/SPO/14/1/14.5160.026.04/01, 12-19-000441/SPO/14/1/14.2142.026.04/01, 12-19-000471/SPO/14/1/14.2142.026.04/01.

go z prac Komisji w każdym analizowanym postępowaniu, co było niezgodne z art. 139 ust. 6 tej ustawy.

(akta kontroli, str. 681-682, 781-872)

Ww. członek komisji wyjaśniła, że *Niezłożenie ww. oświadczeń wynikało tylko i wyłącznie z przeoczenia i niedopatrzienia, gdyż nie zostały przedłożone mnie do podpisu. Jednocześnie oświadczam, będąc członkiem komisji konkursowych w ww. postępowaniach, że nie zachodziły i nie zachodzą poniższe przesłanki: 1. Nie byłam świadczeniodawcą ubiegającym się o zawarcie umowy. 2. Nie pozostawałam Pani ze świadczeniodawcą, o którym mowa w pkt 1, w związku małżeńskim albo w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej lub w linii bocznej do drugiego stopnia. 3. Nie byłam związana, z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli, ze świadczeniodawcą, o którym mowa w pkt 1, jego przedstawicielem lub pełnomocnikiem albo członkiem organów osób prawnych biorących udział w postępowaniu. 4. Nie pozostawałam ze świadczeniodawcą, o którym mowa w pkt 1, w takim stosunku prawnym lub faktycznym, że może to budzić uzasadnione wątpliwości co do jej bezstronności, lub w takim stosunku pozostaje ich małżonek lub osoba, z którą pozostają we wspólnym pożyciu.*

(akta kontroli, str. 288-289)

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych wyjaśniła: (...) *wobec Pani (...) nie zachodzą obecnie, ani też nie zachodziły w trakcie trwania wymienionych postępowań konkursowych, przesłanki określone w art. 139 ust. 5 i 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.). W wyniku niedopatrzienia nie został utworzony wydruk stosownego oświadczenia w chwili powołania do komisji konkursowej Pani (...).*

(akta kontroli, str. 946)

NIK zauważa, że niezłożenie przez członka Komisji oświadczenia o braku przesłanek określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej, wykluczających go z prac Komisji, poza naruszeniem przepisów tej ustawy, może wywoływać u świadczeniodawców wątpliwości co do bezstronności pracownika uczestniczącego w pracach Komisji.

OCENA CZĄSTKOWA

W ocenie NIK, Oddział prawidłowo określał zapotrzebowanie na świadczenia w zakresie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Oddział podejmował działania w celu zakontraktowania tych świadczeń w poszczególnych zakresach, na całym obszarze województwa, biorąc pod uwagę specyfikę regionu oraz zabezpieczenie udzielania świadczeń pacjentom dotychczas objętych taką opieką. Rzetelnie przygotowano proces kontraktowania świadczeń i prawidłowo zweryfikowano oferentów biorących udział w postępowaniach konkursowych. Jednakże środki przekazywane przez Narodowy Fundusz Zdrowia do Oddziału były niewystarczające i nie zapewniały właściwego finansowania świadczeń. Stwierdzona nieprawidłowość dotyczyła niezłożenia oświadczenia przez członka Komisji o braku przesłanek wykluczających go z jej prac.

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

2.1. Rozliczanie i monitorowanie realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki długoterminowej

Opis stanu
faktycznego

W okresie objętym kontrolą Oddział wydatkował na świadczenia opieki długoterminowej 677.068,0 tys. zł, z tego: 258.916,5 tys. zł w 2017 r., 284.237,4 tys. zł w 2018 r. i 133.914,0 tys. zł w I połowie 2019 r.

Wartość zapłaconych świadczeń wykonanych ponad ustalone limity wynosiła 40.488,8 tys. zł (tj. 6% wszystkich wydatków) z tego: 14.876,5 tys. zł w 2017 r., 25.564,2 tys. zł w 2018 r. i 48,1 tys. zł w I połowie 2019 r.

(akta kontroli, str. 89-91)

Odnośnie finansowania świadczeń wykonanych ponad ustalone limity Zastępca Dyrektora ds. Służb Mundurowych i Świadczeniobiorców wyjaśniła: *W oparciu o pierwszy plan finansowy Śląskiego OW NFZ dla świadczeniodawców przygotowywane są plany rzeczowo-finansowe, których przyjęcie skutkuje określeniem wartości umów obowiązujących od 1 stycznia danego roku. Wartość realizowanych przez świadczeniodawców umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej może ulegać zwiększeniu w efekcie zmian regulacji prawnych dotyczących wyceny realizowanych świadczeń lub wzrostu wartości planu finansowego Oddziału. Wpływ przykładowych zmian obowiązujących przepisów na wartości finansowe umów opisano powyżej. Dodatkowo zmiany planów umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wynikają ze zwiększania w trakcie roku planu finansowego Śląskiego OW NFZ. Podkreślenia wymaga, że w chwili ustalania pierwszych planów rzeczowo-finansowych w umowach na dany rok Śląski Oddział Wojewódzki NFZ nie posiada wiedzy na temat ostatecznej (końcoworocznej) wartości planu finansowego Oddziału. Decyzja o ewentualnym sfinansowaniu świadczeń ponadlimitowych jest podejmowana w oparciu o ostateczną sprawozdawczość wszystkich świadczeniodawców dotyczącą wykonanych świadczeń zdrowotnych w roku. Należy zaznaczyć, że zapłata za świadczenia zdrowotne wykonane ponad limit określony w umowie uwarunkowana jest możliwościami finansowymi Oddziału (wartością obowiązującego planu finansowego) oraz przyjętymi jednakowymi zasadami postępowania wobec wszystkich świadczeniodawców.*

(akta kontroli, str. 1063)

Wartość niewykonanych świadczeń w SPO wyniosła 785,6 tys. zł w 2017 r. (według stanu na 16 lutego 2018 r.), 777,3 tys. zł w 2018 r. (na dzień 18 lutego 2019 r.) i 4.314,5 tys. zł w I połowie 2019 r. (na dzień 17 lipca 2019 r.).

(akta kontroli, str. 86, 205-209)

Powstała wartość niewykonanych świadczeń po przeprowadzeniu procesu zawierania ugód pozasądowych, według stanu na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych 2017 r. i 2018 r., wynikała z niepodpisania lub nieprzyjęcia przez świadczeniodawców ugód zmniejszających kwoty zobowiązań, zakwestionowania przez Oddział sprawozdanych świadczeń. Ponadto, niepełne wykorzystanie środków przeznaczonych na tę formę leczenia związane było z niewykonaniem przez świadczeniodawców planów rzeczowo-finansowych w odniesieniu do punktów rozliczeniowych, które zagwarantowane zostały świadczeniodawcom w związku ze zwiększonymi kosztami świadczeń opieki zdrowotnej (udzielanych przez pielęgniarki i położne) oraz na podwyższenie wynagrodzeń zasadniczych lekarzy specjalistów.

W trakcie roku, w celu efektywnego wykorzystania środków finansowych, dokonywano zmian w umowach polegających na zmniejszeniu kwoty zobowiązania dla jednego lub kilku zakresów świadczeń, przy jednoczesnym zwiększaniu kwoty zobowiązania ustalonej dla pozostałych zakresów świadczeń (na podstawie wniosków świadczeniodawców złożonych w trybie §§ 20 i 21 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁵⁰). Ponadto, zmian w umowie dokonywano w trybie § 43 OWU, tj. na podstawie wniosku jednej ze stron umowy, zawierającego propozycje zmian w formie renegotiacji umów.

(akta kontroli, str. 85-88, 104-204)

W latach 2017 - 2018 Oddział monitorował na bieżąco poziom zakontraktowanych świadczeń SPO i przeprowadzał analizy realizacji świadczeń zdrowotnych wynikających z umów zawartych w ramach opieki długoterminowej, każdorazowo po I, II i III kwartale. Wyniki przeprowadzonych analiz zawierały m.in. informacje o planowanej i wykonanej wartości wykonanych świadczeń zdrowotnych. W zależności od wyników oceny poziomu realizacji umów, podejmowane były decyzje odnośnie dalszych działań, które m.in. sprowadzały się do zaproponowania świadczeniodawcom aneksów zmniejszających wartości umów w celu alokacji niewykorzystanych środków finansowych lub zwiększenia wartości umów u świadczeniodawców realizujących świadczenia ponad plan. Natomiast w przypadku braku realizacji świadczeń proponowano świadczeniodawcom rozwiązanie zawartych umów.

(akta kontroli, str. 87, 104-204)

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych wyjaśniła, że *Po upływie IV kwartału 2017 i 2018 roku nie dokonywano ocen poziomu realizacji planu umów, bowiem ostateczne bilansowanie po zamknięciu okresu obowiązywania umów przeprowadzane było przez Wydział Ekonomiczno-Finansowy Śląskiego OW NFZ, w związku z procesem zawierania ugód ze świadczeniodawcami.*

Ze względu na zaangażowanie pracowników Oddziału w prace związane z ogłoszonymi na początku marca 2019 roku postępowaniami konkursowymi, mającymi wyłonić realizatorów świadczeń w rodzaju Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w okresie od 1 lipca 2019 roku do 30 czerwca 2024 roku po pierwszym kwartale 2019 roku odstąpiono od dokonywania analizy poziomu realizacji umów w przedmiotowym rodzaju świadczeń.

(akta kontroli, str. 87)

W Oddziale rozliczano świadczenia opieki zdrowotnej za pomocą systemu informatycznego, który weryfikował poprawność danych przekazywanych przez świadczeniodawców w raportach statystycznych poprzez automatyczne procedury walidacji uruchamiane w momencie przesyłania sprawozdań do systemu informatycznego Oddziału oraz poprzez bieżącą weryfikację sprawozdań świadczeniodawców uruchamianą zgodnie z harmonogramem dwa razy dziennie w przypadku pozytywnego przejścia walidacji. Świadczenia oznaczone w wyniku procesu weryfikacji jako błąd nie zostały naliczone. Świadczenia oznaczone jako poprawne i jako ostrzeżenie zostały uwzględnione w procesie naliczania świadczeń. Poza weryfikacją bieżąco uruchamiano również weryfikacje wsteczne za dany miesiąc, kwartał lub rok, w wyniku których w Portalu Świadczeniodawcy publikowany był wykaz błędów.

(akta kontroli, str. 87-88, 92-103, 210-211)

⁵⁰ Dz. U. 2016 r. poz. 1146 ze zm., zwane dalej „OWU”.

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych wyjaśniła, że W przypadku wystąpienia błędu w pozycji rozliczeniowej: a) niezapłaconej - pozycja nie zostanie ujęta w szablonie rozliczeniowym, b) zapłaconej - wygenerowany zostanie przez system informatyczny szablon korygujący. Błąd w pozycji rozliczonej wystąpić może w przypadku weryfikacji wstecznych (kontrolnych), w przypadku kiedy dana reguła obowiązuje z datą wsteczną bądź regułą typu koincydencja (nakładanie się) świadczeń. Proces weryfikacji świadczeń Centralnymi Regulami Weryfikacyjnymi uwzględnia wszystkie świadczenia sprawozdane do systemu informatycznego - zapłacone i niezapłacone w poszczególnych rodzajach świadczeń, zatem świadczenia w zakresie opieki długoterminowej objęte są procesem weryfikacji CRW. Centralne Reguły Weryfikacyjne są sukcesywnie publikowane na stronie Centrali NFZ w Warszawie www.nfz.gov.pl. Obowiązują na terenie całego kraju.

(akta kontroli, str. 88)

2.2. Kontrola realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki długoterminowej

Opis stanu
faktycznego

W okresie objętym kontrolą, w odniesieniu do udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, przeprowadzono łącznie 16 kontroli realizacji umów, z tego: osiem w 2017 r., sześć w 2018 r. i dwie w I połowie 2019 r. Były to: trzy kontrole planowe zgodnie z planem kontroli niekoordynowanych Oddziału na rok 2017, 12 kontroli doraźnych oraz jedna kontrola koordynowana przez Centralę NFZ. Kontrole te dotyczyły następujących zakresów: sześć – świadczeń w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej domowej, sześć – świadczeń w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym/opiekuńczo-leczniczym, cztery – kosztów świadczeń wynikających z rozporządzenia MZ w sprawie podwyżek pielęgniarów.

(akta kontroli, str. 388-390)

Plany kontroli niekoordynowanych Oddziału na lata 2017-2019 przygotowywane były w oparciu o wytyczne Centrali NFZ, przekazywane każdorazowo przed sporządzaniem planów w roku poprzedzającym rok, na który opracowywany był plan kontroli. Plany zawierały obszary tematyczne kontroli, cele główne kontroli, liczbę zaplanowanych kontroli i terminy ich realizacji. Przedmiotem trzech zaplanowanych na rok 2017 kontroli świadczeń gwarantowanych z zakresu SPO była weryfikacja dokumentacji medycznej prowadzonej przez pielęgniarki opieki długoterminowej domowej pod kątem założeń wyrażonych przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki długoterminowej⁵¹ oraz analiza liczby pacjentów pozostających pod opieką pielęgniarki w ramach jednego etatu przeliczeniowego. Na 2018 r. oraz na I połowę 2019 r. nie zaplanowano kontroli w rodzaju SPO⁵².

W okresie objętym kontrolą suma wartości umów poddanych kontroli NFZ w badanych zakresach wyniosła: 202.946,5 tys. zł⁵³ (42% sumy wszystkich umów w tych zakresach).

W latach 2017-2019 (I półrocze) w rodzaju SPO przeprowadzono 12 kontroli doraźnych. Kontrole doraźne przeprowadzano zgodnie z wpływającymi do Wydziału

⁵¹ Dz. U. z 2015 r. poz. 1658, ze zm. – zwane dalej „rozporządzeniem MZ w sprawie SPO”.

⁵² Na III kwartał 2019 r. zaplanowano dwie kontrole realizacji świadczeń w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju SPO w zakresie o kodzie 14.5161.026.04 – świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym/opiekuńczo-leczniczym dla dzieci i młodzieży.

⁵³ W poszczególnych zakresach: I połowa 2019 r.: świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym/opiekuńczo-leczniczym – 1.628.606,94 zł, koszty świadczeń wynikające z rozporządzenia zmieniającego OWU świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze – 3.440.421,94 zł; 2018 r.: świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym/opiekuńczo-leczniczym – 13.914.072 zł, świadczenia w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej domowej – 1.558.667,04 zł, koszty świadczeń wynikające z rozporządzenia zmieniającego OWU świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze – 120.141.835,51 zł; 2017 r.: świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym/opiekuńczo-leczniczym – 6.851.938,72 zł, świadczenia w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej domowej – 55.410.969,90 zł.

Kontroli zleceniami kontroli doraźnych przekazywanymi przez komórki organizacyjne Oddziału, tj. Dział Kontraktowania Świadczeń w AOS i OPD Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej Śląskiego OW NFZ (osiem zleceń) i Dział Skarg i Wniosków Śląskiego OW NFZ (dwa zlecenia). Ponadto Sekcja, a następnie Dział Kontroli w Lecznictwie Otwartym Wydziału Kontroli Śląskiego OW NFZ, przygotowały dwa zlecenia o przeprowadzenie kontroli doraźnych.

W uzasadnieniach przeprowadzenia kontroli doraźnych zawartych we wnioskach o przeprowadzenie kontroli podano następujące przyczyny:

- informacja przekazana przez Biuro Rzecznika Praw Pacjenta w Warszawie o prowadzonym postępowaniu w związku ze zgłoszonym naruszeniem prawa pacjenta,
- weryfikacja informacji dotycząca wykazywania do realizacji świadczeń sprzętu oraz osób, które faktycznie nie udzielały świadczeń w ramach umowy zawartej z NFZ (kontrola w związku z pismem z Wydziału Nadzoru nad Systemami Opieki Zdrowotnej Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach),
- anonimowe informacje dotyczące nieprawidłowości w realizacji świadczeń dotyczące prawidłowości kwalifikacji udzielanych świadczeń do rozliczeń i spełniania warunków wymaganych do realizacji świadczeń,
- pismo Wydziału Zdrowia Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego w Katowicach o uzyskaniu informacji o przeprowadzonej kontroli sanitarnej w podmiocie oraz stwierdzonych szeregu istotnych nieprawidłowości w zakresie sanitarnym i epidemiologicznym oraz braków w obsadzie kadrowej,
- skargi dotyczące prowadzenia dokumentacji medycznej przez świadczeniodawców oraz realizacji świadczeń,
- pismo świadczeniodawcy o zaprzestaniu działalności i związana z tym decyzja Kierownictwa Oddziału o przeprowadzeniu kontroli,
- przeprowadzona przez Oddział analiza rozliczenia środków przekazywanych na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne wskazywała na znaczne różnice pomiędzy zgłoszoną liczbą etatów pielęgniarek i położnych a zaewidencjonowanym rozliczaniem kwoty zobowiązania,
- pismo Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Katowicach przekazujące zgłoszenie pielęgniarki o niewypłacaniu środków na podwyżki dla pielęgniarek i położnych.

(akta kontroli, str. 389-391, 395-635)

Przedmiotem 16 przeprowadzonych kontroli było m.in. realizacja umowy pod kątem przestrzegania praw pacjenta, realizacji umowy pod kątem spełniania wymaganych warunków do realizacji gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej (dostępności i organizacji udzielania świadczeń opieki zdrowotnej), prawidłowości wykonywania umów pod względem zgodności realizacji świadczeń medycznych z danymi sprawozdanymi do NFZ, prawidłowości prowadzenia dokumentacji medycznej (ze szczególnym uwzględnieniem każdorazowego potwierdzania wizyty pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej przez świadczeniobiorcę albo członka jego rodziny albo opiekuna faktycznego lub prawnego – z zastosowaniem Karty wizyt pielęgniarki opieki długoterminowej domowej u losowo wybranych świadczeniobiorców), wyposażenia zakładu, pomieszczeń i neseserów pielęgniarskich zgłoszonych do realizacji umowy, liczby pacjentów objętych pielęgniarską opieką długoterminową domową i prawidłowości kwalifikowania pacjentów do pielęgniarskiej opieki długoterminowej. Ponadto: prawidłowość wydatkowania środków finansowych przekazywanych na świadczenia opieki zdrowotnej realizowane przez pielęgniarki i położne.

(akta kontroli, str. 391, 636-664)

W 10 z 16 kontroli przeprowadzonych w badanym okresie Oddział zakwestionował świadczenia medyczne na łączną kwotę 715,2 tys. zł (tj. 0,4% wartości poddanych kontroli umów), z tego:

- 482,7 tys. zł w 2017 r.,
- 232,5 tys. zł w 2019 r. (I półrocze).

Kwoty odzyskane z tytułu nienależnie przekazanych środków finansowych (bez odsetek) wyniosły 418,3 tys. zł (87%), w 2017 r. i 32,9 tys. zł (14%) w 2019 r. (I półrocze)⁵⁴.

W okresie objętym kontrolą Oddział nałożył na świadczeniodawców kary umowne w łącznej kwocie 138,5 tys. zł, z tego: 52,3 tys. zł w 2017 r., 5,8 tys. zł w 2018 r. i 80,4 tys. zł w 2019 r. (I połowa). Kwoty odzyskane z tytułu nałożonych kar umownych (bez odsetek) wyniosły 45,6 tys. zł (87% kar) w 2017 r., 5,8 tys. zł (100%) w 2018 r., 11,6 tys. zł (100% kwoty kary nałożonej po zakończeniu procedury odwoławczej)⁵⁵ w 2019 r. (I półrocze).

(akta kontroli, str. 636-664)

Ponadto, w wyniku trzech kontroli złożono zawiadomienia o podejrzeniu popełnienia przestępstwa polegające na: rozdysponowaniu niezgodnie z przeznaczeniem środków wypłaconych przez Oddział na podstawie faktur wystawionych przez świadczeniodawcę oraz na uzupełnianiu (fałszowaniu) dokumentacji medycznej.

Działania podjęte po kontrolach były zgodne z zarządzeniem nr 45/2016/DK Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 czerwca 2016 r. w sprawie planowania, przygotowywania, przeprowadzania oraz realizacji wyników kontroli przez Narodowy Fundusz Zdrowia i stosowane jednakowo u wszystkich skontrolowanych świadczeniodawców⁵⁶. W każdym przypadku przekazano kierownikowi jednostki kontrolowanej wystąpienie pokontrolne. W przypadku gdy podmiot kontrolowany nie wykonał lub wykonał niewłaściwie zobowiązania wynikające z kontrolowanej umowy zawartej z Oddziałem, wystąpienie pokontrolne spełniało cechy wezwania do zapłaty i zawierało m.in. kwoty nienależnie przekazanych środków oraz termin ich zapłaty oraz kwoty i termin zapłaty kar umownych. W każdym poddanym analizie przypadku w dokumentacji znajdowała się informacja o realizacji zaleceń świadczeniodawcy ze wskazaniem kwoty i terminu zwrotu nienależnie pobranych środków i zapłaty kary umownej.

(akta kontroli, str. 392, 934-940)

Odnosnie monitorowania celowości udzielanych w ramach umów świadczeń Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że *Z uwagi na charakter świadczeń udzielanych we wszystkich zakresach w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej nie jest możliwe przeprowadzanie monitorowania celowości udzielanych świadczeń w sposób zautomatyzowany. Dokonanie takiej oceny wymaga przede wszystkim wiedzy dotyczącej stanu zdrowia pacjenta objętego opieką jak również pacjenta, na rzecz którego taka opieka już jest realizowana. Powyższe możliwe jest wyłącznie w drodze dokonania bezpośredniej oceny stanu zdrowia pacjenta lub co najmniej w drodze wnikliwej analizy jego dokumentacji medycznej. W związku z powyższym szczegółowe sprawdzenie celowości udzielania świadczeń w ramach zawartych umów prowadzone jest przede wszystkim podczas przeprowadzanych kontroli realizacji umów.*

(akta kontroli, str. 393)

⁵⁴ Na 18 października 2019 r.

⁵⁵ Na 18 października 2019 r.

⁵⁶ Szczegółowej kontroli poddano 100 % kontroli planowych przeprowadzonych przez Oddział, tj. trzy kontrole przeprowadzone w 2017 r.

W Oddziale rozliczano świadczenia opieki zdrowotnej za pomocą systemu informatycznego, który weryfikował poprawność danych przekazywanych przez świadczeniodawców w raportach statystycznych poprzez automatyczne procedury walidacji uruchamiane w momencie przesyłania sprawozdań do systemu informatycznego Oddziału oraz bieżącą weryfikację sprawozdań świadczeniodawców uruchamianą zgodnie z harmonogramem dwa razy dziennie w przypadku pozytywnego przejścia walidacji, w przypadku SPO o godz. 10.00 oraz 13.00.

(akta kontroli, str. 210-211)

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że *Ponadto przeprowadza się weryfikację wsteczną Centralnymi Regulami Weryfikacji Świadczeń, zarówno na świadczeniach zapłaconych jak i niezapłaconych, po każdym kwartale, a w razie konieczności częściej, tak by świadczeniodawcy na bieżąco mogli korygować zakwestionowane świadczenia. Wszystkie reguły weryfikacyjne działają w oparciu o aktualnie obowiązujące akty prawne, m.in. zarządzenia w poszczególnych rodzajach świadczeń. W opiece długoterminowej przebiegają zgodnie z treścią zarządzenia Nr 45/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, z późn. zm. Przykładem jest § 14 ust. 4 ww. zarządzenia. Zgodnie z jego treścią w przypadku udzielania w ramach sprawowanej opieki, świadczeń w rodzaju: 1) świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, z wyłączeniem: a) żywienia dojelitowego i pozajelitowego w warunkach domowych – dotyczy zakresu świadczeń w zakładzie opiekuńczym dla dorosłych, dzieci i młodzieży, w tym również wentylowanych mechanicznie, b) tlenoterapii w warunkach domowych – dotyczy zakresu świadczeń w zakładzie opiekuńczym dla dorosłych, dzieci i młodzieży, w tym również wentylowanych mechanicznie oraz zespołu długoterminowej opieki domowej dla wentylowanych mechanicznie dorosłych, dzieci i młodzieży; 2) ambulatoryjna opieka specjalistyczna, z wyłączeniem świadczeń udzielanych przez lekarzy zatrudnionych w zakładach opiekuńczych, posiadających specjalizacje lub będących w trakcie specjalizacji w dziedzinach medycyny określonych w przepisach rozporządzenia; 3) leczenie stomatologiczne; 4) rehabilitacja lecznicza, z wyłączeniem rehabilitacji leczniczej wykonywanej w warunkach domowych w przypadku zakresów świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, w których istnieje wymóg zatrudnienia fizjoterapeuty; 5) leczenie szpitalne, w zakresie: programy zdrowotne i programy lekowe - możliwe jest rozliczanie świadczeń udzielanych jednocześnie na podstawie odrębnych umów.*

(akta kontroli, str. 393-394)

2.2. Skargi na realizację świadczeń opieki długoterminowej

Opis stanu
faktycznego

W okresie objętym kontrolą wpłynęło do Oddziału 21 skarg dotyczących świadczeń w rodzaju SPO, z tego: 10 w 2017 r., osiem⁵⁷ w 2018 i trzy w I połowie 2019 r. Dwie skargi przekazano do właściwych do załatwienia sprawy organów: Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Śląskiej Izby Lekarskiej, Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz Urzędu Ochrony Danych Osobowych. 19 spraw załatwiono we własnym zakresie. 11 skarg uznano jako bezzasadne, pięć jako zasadne i trzy zostały nierozstrzygnięte (dwie skargi zostały wycofane przez skarżących, a w jednym przypadku skarżący w toku postępowania skargowego otrzymał dokumentację medyczną, której brak był przedmiotem skargi).

⁵⁷ Jedna z nich została rozpatrzona w 2019 r. Wpływ w dniu 28 grudnia 2018 r.

W podziale na poszczególne zakresy świadczeń skargi dotyczyły:

- świadczeń w pielęgniarstwie długoterminowej domowej (w 2017 r. – osiem skarg, w 2018 r. – trzy i w I połowie 2019 r. – dwie),
- świadczeń zespołu długoterminowej opieki domowej (w 2018 r. i w I połowie 2019 r. – jedna skarga),
- świadczeń w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym/opiekuńczo-leczniczym (dwie w 2017 r., trzy w 2018 r. i jedna w 2019 w I połowie).

Przedmiotem skarg w zakresie świadczeń w pielęgniarstwie długoterminowej domowej było m.in.: zawieszanie realizacji świadczeń przez pielęgniarki, odmowy kontynuacji udzielania świadczeń, długi czas oczekiwania w kolejce oraz wydłużanie podpisów za nierealizowane świadczenia.

Przedmiotem skarg w zakresie świadczeń zespołu długoterminowej opieki domowej było zaprzestanie udzielania świadczeń, natomiast w zakresie świadczeń w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym/opiekuńczo-leczniczym m.in.: odmowa przyjęcia do ZOL związana z chorobą nowotworową, trudności w uzyskaniu dokumentacji medycznej i wypisanie pacjenta pomimo pogorszenia stanu zdrowia.

(akta kontroli, str. 15-55)

W wyniku badania wszystkich złożonych do Oddziału skarg w powyższym zakresie stwierdzono, że skargi były rozpatrywane zgodnie z zarządzeniem nr 31/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 lipca 2010 r. w sprawie rozpatrywania skarg i wniosków w Narodowym Funduszu Zdrowia⁵⁸, a wyniki podjętych przez Oddział działań dawały podstawę do uznania skarg za bezzasadne.

(akta kontroli, str. 56-83)

Ustalone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

W Oddziale zapewniono właściwy monitoring i nadzór nad realizacją umów o udzielanie świadczeń opieki długoterminowej przez świadczeniodawców, w tym m.in. przeprowadził kontrole podmiotów wykonujących świadczenia opieki długoterminowej. Prawidłowo postępowano w przypadku niewykorzystania środków zaplanowanych na wykonanie świadczeń oraz w sytuacji realizacji świadczeń ponad ustalone limity, proponując renegecje zawartych umów.

IV. Uwagi

Uwagi

W związku ze stwierdzoną nieprawidłowością, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, **zwraca uwagę na konieczność zapewnienia złożenia przez wszystkich członków komisji oświadczeń o braku przesłanek do wyłączenia ich z udziału w prowadzonych postępowaniach konkursowych.**

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

⁵⁸ Dz. Urz. NFZ z 2015 r. poz. 33 ze zm.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwagi

pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do Dyrektora Delegatury NIK w Katowicach. 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.

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK, należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwagi oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Katowice, dnia 5 grudnia 2019 r.

Kontroler nadzorujący
Katarzyna Gradzik
Doradca ekonomiczny

.....

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Katowicach