



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Olsztynie

LOL.410.013.01.2018

Andrzej Zakrzewski – Dyrektor  
Narodowy Fundusz Zdrowia Warmińsko-Mazurski  
Oddział Wojewódzki w Olsztynie

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/18/063 Zapewnienie opieki paliatywnej i hospicyjnej

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Delegatura w Olsztynie  
ul. Artyleryjska 3e, 10-165 Olsztyn  
T +48 89 678 82 00, F +48 89 678 82 30  
lol@nik.gov.pl  
Adres korespondencyjny: Skr. poczt. P-69, 10-950 Olsztyn

## I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Narodowy Fundusz Zdrowia Warmińsko-Mazurski Oddział Wojewódzki w Olsztynie (dalej: „OW NFZ” lub „Oddział”).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Andrzej Zakrzewski – Dyrektor OW NFZ od 2005 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Planowanie świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej. 2. Kontraktowanie świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej. 3. Rozliczanie świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej.
Okres objęty kontrolą	Lata 2015-2018 (I połowa).
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>1</sup>
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Olsztynie
Kontrolerzy	1) Piotr Stupienko – doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr LOL/100/2018 z 12 września 2018 r. 2) Lidia Wójcik – starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOL/102/2018 z 12 września 2018 r. 3) Olga Ratkiewicz – starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOL/101/2018 z 12 września 2018 r.

(akta kontroli str.1-5)

## II. Ocena ogólna<sup>2</sup> kontrolowanej działalności

### OCENA OGÓLNA

W okresie objętym kontrolą OW NFZ rozpoznawał potrzeby w zakresie opieki paliatywno-hospicyjnej (dalej: OPH) na obszarze województwa warmińsko-mazurskiego oraz przeprowadzał analizy finansowe i potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa. Ustalenia w tym zakresie, jak i możliwości podmiotów udzielających świadczeń, uwzględniane były przy planowaniu usług dla poszczególnych obszarów pod względem ich zasadności oraz możliwości sfinansowania. W procesie planowania zakupu świadczeń uwzględniano także priorytety centralne i regionalne, opinie Rady OW NFZ, konsultantów wojewódzkich poszczególnych specjalności medycznych oraz wskaźniki dostępności świadczeń OPH na 10 tys. ubezpieczonych. Pracownikom powołanym do komisji konkursowych zapewniono odpowiednie warunki do przeprowadzania postępowań, a w sytuacji nawarstwiania się realizowanych zadań, podejmowano działania zmierzające do zapewnienia właściwej organizacji ich pracy. W zidentyfikowanych przypadkach niewykonania lub nadwykonania dokonywano adekwatnych zmian zawartych umów. Poprawnie oceniano spełnienie przez oferentów warunków zapewnienia jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości i ceny udzielanych świadczeń. Stworzono też odpowiednie warunki dla transparentności etapu negocjacji. Oddział dołożył staranności, aby w okresie objętym kontrolą zakontraktować udzielanie świadczeń OPH we wszystkich zakresach na całym obszarze województwa.

<sup>1</sup> Dz. U. z 2017 r. poz. 524 ze zm., dalej: ustawa o NIK

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

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły nieuwzględniania w procesie renegotjacji umów oraz przy zawieraniu ugód ze świadczeniodawcami posiadanych danych o rzeczywistej liczbie pacjentów, którym udzielono świadczeń, a także opłacenia czterem pacjentom 28 świadczeń, które zostały wykazane przez świadczeniodawców z kodem nieuprawniającym do ich opłacenia w ramach OPH, co wynikało w ze sposobu działania Centralnego Systemu Weryfikacji zarządzanego przez Centralę NFZ. Ponadto, w wyniku kontroli NIK przeprowadzonych u dwóch świadczeniodawców ustalono, że Oddział zawierał umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w warunkach ambulatoryjnych, w których czas pracy psychologa określony był na 2,5 godziny w tygodniu, podczas gdy winien on wynosić co najmniej 7,5 godziny tygodniowo.

Dostrzegając zawieranie ugód po zakończeniu okresu rozliczeniowego NIK zauważa, że wydatki Oddziału NFZ poniesione na sfinansowanie zobowiązań po upływie okresu rozliczeniowego mieściły się w ramach planu finansowego. Służyły także realizacji podstawowego celu Funduszu, jakim jest zapewnienie uprawnionym dostępu do świadczeń OPH, które są w obecnym stanie prawnym świadczeniami limitowanymi. NIK zwracała się do Ministra Zdrowia z wnioskami o systemowe rozwiązanie problemu finansowania świadczeń wykonanych ponad ustalone w umowach limity<sup>3</sup>, niemniej jednak Minister nie podjął dotychczas działań w tym zakresie. Świadczenia w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna są szczególnego rodzaju świadczeniami, których celem jest poprawa jakości życia osobom znajdującym się u jego kresu, w związku z czym należy ograniczyć bariery prawne w ich udostępnianiu.

### **III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe<sup>4</sup> kontrolowanej działalności**

OBSZAR

#### **1. Planowanie świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej**

1.1.1. W okresie objętym kontrolą, na świadczenia OPH Oddział planował wydatkowanie ogółem 68.300,0 tys. zł, w tym 16.187,0 tys. zł w 2015 r., 17.195,0 tys. zł w 2016 r., 23.128,0 tys. zł w 2017 r. oraz 11.790,0 tys. zł w I półroczu 2018 r.

(akta kontroli str. 6)

Na etapie tworzenia „planów zakupu świadczeń”<sup>5</sup> i założeń do procesu kontraktowania świadczeń z zakresu OPH w latach 2015-2018, uwzględniano priorytety określone przez Ministra Zdrowia<sup>6</sup> oraz regionalne<sup>7</sup>, ustalone przez Oddział. Ponadto brano pod uwagę informacje otrzymywane z Centrali NFZ oraz od świadczeniodawców<sup>8</sup>, dane statystyczne publikowane przez GUS oraz analizy sporządzane we własnym zakresie (w tym potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa).

Zapotrzebowanie na świadczenia w planach zakupu świadczeń było określane z uwzględnieniem sytuacji demograficznej, zdrowotnej i epidemiologicznej populacji

<sup>3</sup> M.in. w informacji o wynikach kontroli pt. „Dostępność i finansowanie rehabilitacji leczniczej” (37/2014/P/13/131/KZD) z 8 września 2014 r.; w wystąpieniu pokontrolnym z 3 stycznia 2014 r. „Dostępność i finansowanie rehabilitacji leczniczej” (KZD-4101-04-01/2013) oraz w informacji o wynikach kontroli pt. „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2017 r.” (156/2018/P/18/055/KZD) z listopada 2018 r.

<sup>4</sup> Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

<sup>5</sup> Zarządzenia Dyrektora OW NFZ z dnia 29.08.2014 r., 28.10.2015 r., 31.08.2016 r. oraz z dnia 05.03.2018 r.

<sup>6</sup> Tj. zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych (§1 pkt 1, lit b) rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21.08.2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. Nr 137, poz. 1126).

<sup>7</sup> Poprawa dostępności do świadczeń ambulatoryjnych i domowych.

<sup>8</sup> Z informacji uzyskanych w toku kontroli od wszystkich podmiotów świadczących usługi w zakresie OPH na terenie województwa warmińsko-mazurskiego (z wyłączeniem trzech podmiotów objętych niniejszą kontrolą NIK) wynika, że zgodnie ze zmienionymi przez Centralę NFZ w kwietniu 2015 r. zasadami sprawozdawczości, OW NFZ nie zbierał informacji o oczekiwaniu na świadczenia OPH w zakresie: oddział medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarne, hospicjum domowe, w hospicjum domowe dla dzieci oraz perinatalna opieka paliatywna. Placówki te były jednak w bieżącym kontakcie z kontrolowanym Oddziałem NFZ oraz przekazywały informacje o faktycznym zapotrzebowaniu na świadczenia OPH.

zamieszkującej województwo. Oddział badał dane historyczne w zakresie m.in. zachorowalności mieszkańców województwa, w tym na schorzenia będące najczęstszą przyczyną udzielania świadczeń OPH. Określając liczbę pacjentów potencjalnie kwalifikujących się do opieki OPH wykorzystywał także informacje dotyczące:

- liczby pacjentów pierwszorazowych z rozpoznąną chorobą nowotworową z okresu trzech lat poprzedzających prognozę (6.000-6.800 pacjentów rocznie) sprawozdanych w systemie informatycznym Oddziału. Szacowana liczba<sup>9</sup> osób kwalifikujących się do świadczeń z zakresu opieki paliatywno-hospicyjnej wg Oddziału to 6.010 w 2015 r., 6.815 w 2016 r. oraz 6.707 w 2017 r.
- liczby zgonów osób z rozpoznaniem nowotworowymi rejestrowanych w systemie informatycznym OW NFZ w okresie ostatnich trzech lat (1.600-1.800 rocznie).

Dyrektor OW NFZ wyjaśnił, że z wieloletnich doświadczeń Oddziału, popartych analizą wielu czynników dotyczących m.in. nowych zachorowań, zgonów, migracji wynika, iż Oddział prawidłowo szacuje przewidywaną liczbę pacjentów jaka trafi do opieki paliatywno-hospicyjnej. Różnice pomiędzy oszacowanymi i rzeczywistymi potrzebami wynikają m.in. z faktu, iż pacjent w ostatniej fazie choroby pragnie jak najdłużej być we własnym środowisku rodzinnym, dlatego też w województwie warmińsko-mazurskim rozwinięto sieć placówek świadczących usługi domowe. Wskazał również, że na przestrzeni lat 2015-2017 liczba nowych zachorowań na chorobę nowotworową wynosiła od 6.000 do 6.800, zaznaczył jednak, że są to liczby pacjentów potencjalnie kwalifikujących się do opieki paliatywno-hospicyjnej, jednakże samo rozpoznanie choroby nowotworowej nie jest wyznacznikiem kwalifikacji pacjenta do tego typu opieki. Opieka paliatywna jest skierowana w szczególności do pacjentów będących w terminalnym stadium choroby. Rocznie do opieki paliatywno-hospicyjnej w województwie trafia ponad 3.000 osób, z czego około 70% stanowią pacjenci pierwszorazowi. Około 70-80 % pacjentów OPH umiera w ciągu jednego roku. Średnia długość życia pacjentów będących w opiece paliatywno-hospicyjnej w tym okresie wynosiła od 2 do 4 m-cy. Według Dyrektora OW NFZ, nie wszyscy pacjenci z rozpoznąną chorobą nowotworową w danym roku trafiają do opieki paliatywnej hospicyjnej, gdyż u części pacjentów po zastosowanym leczeniu szpitalnym (chemio-, radioterapia, leczenie operacyjne) następuje poprawa, część zaś umiera w szpitalu, część pozostaje w domu pod opieką rodzin i nigdy nie zgłasza się do opieki paliatywnej i hospicyjnej, a część pacjentów korzysta z ośrodków w innych województwach. Wobec powyższego w ocenie Oddziału szacowanie potrzeb w opiece paliatywno-hospicyjnej jest prawidłowe, potwierdzone wieloletnim doświadczeniem, a potrzeby mieszkańców województwa w tym zakresie są zabezpieczone.

(akta kontroli str. 7-198,202-210,219-220,503-513,520,560-563)

Przy planowaniu liczby pacjentów potencjalnie kwalifikujących się do opieki OPH uwzględniano również m.in.:

- średni czasu pobytu pacjenta w opiece paliatywno-hospicyjnej,
- regionalne mapy potrzeb zdrowotnych województwa publikowane przez Ministerstwo Zdrowia,
- opinie Rady OW NFZ, w skład której wchodzi m.in. przedstawiciele Wojewody Warmińsko-Mazurskiego (dalej: „Wojewoda”), Sejmiku Województwa, Konwentu Powiatów Województwa, Wojewódzkiej Rady Dialogu Społecznego, służb mundurowych, organizacji pracodawców oraz organizacji pacjentów,

<sup>9</sup> Zapotrzebowanie oszacowane na podstawie liczby pacjentów pierwszorazowych leczonych w lecznictwie szpitalnym z rozpoznaniem nowotworowym C00-D09. Jest to oszacowanie górnej granicy liczby pacjentów, z uwagi na fakt, że nie wszyscy pacjenci z rozpoznaniem nowotworem umierają.

- dane uzyskane<sup>10</sup> od konsultantów<sup>11</sup> wojewódzkich w dziedzinie medycyny paliatywnej i pielęgniarstwa oraz od jednostek samorządu terytorialnego<sup>12</sup>,
- wyceny świadczeń Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (dalej: „AOTMiT”) oraz poziom nadwykonań z lat ubiegłych,
- wskaźniki dostępności świadczeń OPH na 10 tys. ubezpieczonych (w tym liczbę jednostek rozliczeniowych, liczbę umów, wartość świadczeń oraz liczbę łóżek).

Sporządzano także analizy finansowe oraz korzystano z danych porównawczych otrzymanych z Centrali NFZ, umożliwiających ocenę na tle kraju poziomu zabezpieczenia świadczeń OPH i cen za jednostki rozliczeniowe stosowanych w województwie. Przykładowo w latach 2015-2016 ceny jednostkowe za świadczenia OPH były poniżej średniej krajowej we wszystkich zakresach poza opieką ambulatoryjną.

OW NFZ analizował propozycje podmiotów zewnętrznych pod względem ich zasadności oraz możliwości sfinansowania. I tak m.in. w odpowiedzi na postulat konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie medycyny paliatywnej dotyczący zapewnienia funkcjonowania poradni medycyny paliatywnej w każdym powiecie, Oddział zaplanował i zakontraktował świadczenie ww. usług przez poradnie, które obsługują pacjentów z więcej niż jednego powiatu, zabezpieczając tym samym obszar całego województwa. Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że problem kontraktowania poradni we wszystkich powiatach wynikał ze zbyt małej liczby specjalistów w zakresie medycyny paliatywnej.

Konsultant wojewódzka w dziedzinie medycyny paliatywnej wskazywała także na zbyt niską wycenę świadczeń w 2017 r., niższą niż taryfa opublikowana przez Prezesa AOTMiT.

Oddział tłumaczył, że ze względu na posiadanie ograniczonych środków oraz mając na celu utrzymanie realizacji świadczeń na dotychczasowym poziomie, rozłożył na dwuletni okres podniesienie wartości świadczeń OPH za punkt wynikający z wyceny AOTMiT (tj. 56,19 zł). W 2017 r. cena za punkt ustalona przez Oddział wynosiła 48,00 zł. Od stycznia 2018 r. w hospicjach stacjonarnych/na oddziałach medycyny paliatywnej i w poradniach medycyny paliatywnej została podniesiona do 56,19 zł, zaś w pozostałych zakresach OPH tj. hospicjum domowym, hospicjum domowym dla dzieci i opiece perinatalnej ustalono cenę na 52,00 zł. Od lipca 2018 r., cena określona przez Prezesa AOTMiT, została osiągnięta przez Oddział we wszystkich zakresach świadczeń.

(akta kontroli str. 7-198,202-210,219-220,503-513,520-521)

### 1.1.2. Liczba łóżek w hospicjach stacjonarnych i oddziałach medycyny paliatywnej<sup>13</sup> według rejestru podmiotów leczniczych prowadzonych przez Wojewodę w okresie

<sup>10</sup> OW NFZ co roku zwracał się o opinię do konsultanta w dziedzinie medycyny paliatywnej oraz występował do organów jst z prośbą o wskazanie, czy zabezpieczenie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym OPH było w minionym roku wystarczające oraz gdzie widzieliby potrzeby rozwoju. W 2017 r. Dyrektor OW NFZ brał udział w sesji Sejmiku Województwa Warmińsko – Mazurskiego, na której przedstawił informacje w zakresie kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej, w tym OPH. Ponadto, pracownik Działu Kontraktowania Świadczeń uczestniczył w corocznych spotkaniach środowiska zajmującego się OPH, skupiającego m.in. świadczeniodawców, lekarzy i pielęgniarki, konsultantów medycznych.

<sup>11</sup> Konsultanci medyczni wskazywali m.in. na konieczność zwiększenia liczby łóżek w hospicjach stacjonarnych oraz ilości poradni medycyny paliatywnej, co nie zostało uwzględnione przez Oddział, oraz zgłaszali zastrzeżenia dot. zbyt niskiej wyceny świadczeń i nakładów na OPH, co było stopniowo wdrażane w planach zakupu świadczeń.

<sup>12</sup> Starosta Powiatu Goldapskiego oraz Starosta Powiatu Węgorzewskiego dwukrotnie postulowali o zwiększenie ilości świadczeń OPH w systemie domowym na obszarze swoich powiatów, co nie zostało uwzględnione przy tworzeniu planu zakupu na rok 2016, ze względu – jak wyjaśnili pracownicy Oddziału - na stosunkowo wysokie nakłady na 10 tys. mieszkańców w obu powiatach, znacznie wyższe niż średnia w województwie i kraju. Z kolei w 2017 r. nakłady na ww. zakres zostały zwiększone. Ponadto Starosta Powiatu Kętrzyńskiego wnioskował o zwiększenie ilości świadczeń na oddziale medycyny paliatywnej w ZOZ w Reszlu, Oddział w kolejnym roku tj. 2017 zwiększył nakłady na stacjonarną opiekę paliatywno-hospicyjną. Powyższe przypadki podniesienia nakładów wynikały przede wszystkim ze zwiększenia wyceny świadczeń OPH, które miało miejsce w 2017 r.

objętym kontrolą była stała i wynosiła 100 sztuk, zaś OW NFZ finansował<sup>14</sup> od 91 do 93 łóżek w latach 2015-2017, zaś na 2018 r. zakontraktował 78<sup>15</sup>.

Wskaźnik ilości łóżek<sup>16</sup> w hospicjach stacjonarnych/na oddziałach medycyny paliatywnej na 1 mln mieszkańców wynosił w badanym okresie od 69,3 do 69,7 i był niższy od zalecanego przez Europejskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej (80-100 łóżek na 1 mln mieszkańców)<sup>17</sup>. Do Oddziału wpływały sygnały zgłaszane przez Prezydenta Olsztyna w 2015 r., Starostę Kętrzyńskiego w 2016 r., a także konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie medycyny paliatywnej przedstawione w raporcie rocznym za 2017 r., dotyczące potrzeby zwiększenia ilości świadczeń w zakresie OPH w warunkach stacjonarnych<sup>18</sup>.

Według Dyrektora OW NFZ, postulaty samorządu terytorialnego, jak i w części konsultantów opierały się na subiektywnej ocenie, bez uwzględniania wskaźników zdrowotnych i możliwości finansowych Oddziału. Tworząc plany zakupów w danym rodzaju i zakresie świadczeń Oddział musiał zbilansować z jednej strony potrzeby pacjentów, z drugiej własne możliwości finansowe. Zalecenia dotyczące prognozowanej liczby miejsc w hospicjach stacjonarnych (oparte o wytyczne Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej) były trudne do zrealizowania ze względu na niższe nakłady na zdrowie niż krajach Europy Zachodniej. Wskazał ponadto, że ze względu na dobrze rozwiniętą sieć placówek opieki paliatywnej świadczącej usługi domowe oraz średnie obłożenie łóżek w 2017 r. w województwie wynoszące 89,4%, nie ma potrzeby zwiększania bazy łóżkowej na oddziałach medycyny paliatywnej / hospicjach stacjonarnych.

(akta kontroli str. 142-150,159-166,167-170,204-205,211-220,521)

**1.2.1.** W latach 2015-2018 (I półrocze) zadania związane z zapewnieniem świadczeń OPH<sup>19</sup> realizowało 27 pracowników OW NFZ, spośród których dziesięciu wykonywało zadania związane z przeprowadzeniem postępowań konkursowych. Pracownicy ci wchodziłi w skład czterech pięcioosobowych komisji konkursowych, powołanych przez Dyrektora OW NFZ<sup>20</sup>. Zgodnie z § 6 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy<sup>21</sup> (dalej: rozporządzenie w sprawie postępowań o zawarcie umów), w skład każdej komisji wchodziła co najmniej jedna osoba posiadająca co najmniej wyższe wykształcenie i tytuł zawodowy magistra lub równorzędny w dziedzinie nauk medycznych.

W okresie objętym kontrolą przeprowadzono łącznie 45 postępowań konkursowych na realizację świadczeń OPH, w tym po dwa w 2015 r.<sup>22</sup> i w 2017 r.<sup>23</sup>, oraz 41 na przełomie

<sup>13</sup> W badanym okresie usługi OPH świadczyły dwa szpitalne oddziały opieki paliatywnej, prowadzone przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy w Piszcu oraz Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Działdowie. Liczba łóżek na tych oddziałach (wg rejestru wojewody) w badanym okresie była stała i wynosiła 22, z czego NFZ opłacał 18 łóżek w latach 2015 i 2017; 17 – w 2016 r. oraz 14 łóżek w 2018 r.

<sup>14</sup> Liczba łóżek opłacona w wyniku umów i ugód.

<sup>15</sup> Liczba łóżek wynikająca z zawartych kontraktów na I półrocze 2018 r.

<sup>16</sup> Liczba łóżek wynikająca z ksiąg rejestrowych podmiotów leczniczych.

<sup>17</sup> Wskaźnik ilości łóżek na 1 mln ubezpieczonych wynosił 77,1 w latach 2015-2016 i 78,5 w 2017 r.

<sup>18</sup> Prognoza liczby potrzebnych miejsc paliatywno-hospicyjnych w 2020 r. według „Mapy potrzeb zdrowotnych” opracowanej przez Ministerstwo Zdrowia, wynosi 3.860 ogółem, w tym 142 miejsca stacjonarne.

<sup>19</sup> Zadanie te dotyczyły m.in. przygotowania planu zakupu świadczeń, weryfikacji świadczeń, rozliczania i monitorowania umów, księgowania faktur, rozpatrywania spraw dotyczących skarg i wniosków oraz kontraktowania świadczeń i rozpatrywania odwołań od rozstrzygniętych postępowań konkursowych.

<sup>20</sup> Zarządzenia nr: 39/2015 z 13.05.2015 r., 46/2015 z 17.06.2015 r., 12/2017 z 20.01.2017 r. oraz 130/2017 z 18.12.2017 r. Dodatkowo, w latach 2015-2017 Dyrektor OW NFZ powołał pięć komisji renegocjacyjnych dla świadczeń w rodzaju OPH (zarządzenia nr: 90/2015 z 05.11.2015 r., 25/2016 z 26.04.2016 r., 77/2016 z 19.10.2016 r., 109/2017 z 27.10.2017 r. oraz 124/2017 z 14.12.2017 r.), w celu ustalenia w umowach wieloletnich kwoty zobowiązania bądź warunków finansowania świadczeń. W skład tych komisji wchodziło po trzech pracowników OW NFZ.

<sup>21</sup> Dz. U. z 2018 r. poz. 1897.

<sup>22</sup> Wpłynęły dwie oferty, które komisja konkursowa rozpatrywała przez 18 dni.

2017 r. i 2018 r. na które wpłynęły 54 oferty<sup>24</sup>. Członkowie komisji konkursowych, w trakcie trwających postępowań nie byli zwalniani częściowo ani całkowicie ze swoich obowiązków służbowych oraz brali udział w postępowaniach konkursowych dotyczących innych świadczeń finansowanych przez NFZ.

Według Dyrektora OW NFZ, w badanym okresie dochodziło do sytuacji nawarstwiania się realizowanych zadań z powodu aneksowania umów zawartych w latach poprzednich oraz realizacji zadań wynikających ze zmian legislacyjnych, w tym m.in. dotyczących tworzenia sieci szpitali, wprowadzania podwyżek dla pielęgniarek i położnych, zmian dotyczących ratowników medycznych oraz wejścia w życie ustawy o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności<sup>25</sup>.

W październiku 2017 r. Oddział wystąpił do Centrali NFZ z prośbą o wyrażenie zgody na przedłużenie terminów obowiązywania umów w zakresie OPH ze względu na ryzyko niedotrzymania terminów związanych z ogłoszeniem i rozstrzygnięciem postępowań konkursowych do końca 2017 r. Zgodę na przedłużenie okresu obowiązywania umów do końca I kwartału 2018 r. uzyskano w listopadzie 2017 r.

(akta kontroli str. 142-150; 221-270)

**1.2.2.** Postępowania konkursowe przeprowadzane były w oparciu o „Procedury konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych” ustalone przez Prezesa NFZ<sup>26</sup>. Dyrektor OW NFZ nie ustalał dodatkowych procedur dotyczących przeprowadzanych postępowań konkursowych.

(akta kontroli str. 271)

**1.2.3.** W trakcie prac komisji konkursowej, do weryfikacji dokumentacji ofertowej stosowano system informatyczny KS-SIKCH. System informatyczny wspierał proces rankingowania ofert pod względem kryteriów jakości, ciągłości, kompleksowości i dostępności. System ten wspomagał realizację wszystkich etapów procesu kontraktowania od momentu przygotowania wniosku poprzez przygotowanie i ogłoszenie postępowań, rejestrację wpływających ofert, ich weryfikację w zakresie zgodności złożenia dokumentów papierowych względem wersji elektronicznej oraz przygotowania i przeprowadzenia procesu negocjacji. Członkowie komisji konkursowej nie zgłaszali uwag co do jego funkcjonalności, a Wydział Informatyki OW NFZ nie odnotował przypadków wystąpienia błędów i problemów w trakcie jego eksploatacji.

(akta kontroli str. 272-291,522)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

**OCENA CZĄSTKOWA**

OW NFZ w procesie planowania zakupu świadczeń OPH uwzględniał rozpoznawane potrzeby w tym zakresie na obszarze województwa, wyniki przeprowadzonych analiz finansowych i potrzeb zdrowotnych, możliwości podmiotów udzielających świadczeń oraz priorytety centralne i regionalne, opinie Rady OW NFZ, konsultantów wojewódzkich poszczególnych specjalności medycznych, a także wskaźniki dostępności świadczeń na 10 tys. ubezpieczonych. Pracownikom powołanym do komisji konkursowych zapewniano odpowiednie warunki do przeprowadzania postępowań, a w sytuacji

<sup>23</sup> W ramach tych konkursów wpłynęły dwie oferty (po jednej na konkurs), z których każdą rozpatrywano przez 51 dni.

<sup>24</sup> Rozstrzygnięcie każdego konkursu zajęło 40 dni.

<sup>25</sup> Ustawa z dnia 9 maja 2018 r. o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności (Dz. U. poz. 932).

<sup>26</sup> Pisma Prezesa NFZ: DSOZ.401.46.2015 (Procedura nr 2015/001/BO/KONTR/5.11), DSOZ.401.1984.2016.1.12635.AGR (Procedura nr 2016/001/BO/KONTR/6.01) oraz DSOZ.401.2069.2017 (Procedura nr 4 2016/001/BO/KONTR/6.02).

nawarstwiania się realizowanych zadań, podejmowano działania zmierzające do zapewnienia właściwej organizacji ich pracy.

OBSZAR  
Opis stanu  
faktycznego

## **2. Kontraktowanie świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej**

**2.1.** W okresie objętym kontrolą, OW NFZ przeprowadził 45 postępowań konkursowych na realizację świadczeń OPH, w ramach których o zawarcie umowy ubiegało się 25 podmiotów, które złożyły 54 oferty<sup>27</sup>. W wyniku przeprowadzonych konkursów zawarto 51 umów na łączną kwotę 5.659,2 tys. zł w następujących zakresach świadczeń:

- Hospicjum domowe - przeprowadzono 23 postępowania, w tym: dwa w 2015 r. oraz 21 w 2018 r. Konkursy ogłaszane były oddzielnie dla każdego z 21 powiatów województwa. Łączna wartość zawartych umów wynosiła 2.360,6 tys. zł.
- Oddział medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarne – sześć postępowań, w tym dwa w 2017 r. oraz cztery w 2018 r. Konkursy ogłaszane były dla grup powiatów (w liczbie od trzech do pięciu) obejmujących teren całego województwa. Wartość podpisanych umów wynosiła łącznie 2.762,1 tys. zł.
- Porady w poradni medycyny paliatywnej – 12 postępowań w 2018 r. (ogłaszanych dla poszczególnych powiatów lub par powiatów), obejmując obszar całego województwa. Umowy zawarto na łączną kwotę 91,6 tys. zł.
- Hospicjum domowe dla dzieci – trzy postępowania w 2018 r. ogłaszane dla grup powiatów w liczbie od sześciu do dziewięciu. Kwota zakontraktowanych świadczeń wyniosła łącznie 424,1 tys. zł.
- Perinatalna opieka paliatywna – przeprowadzono jedno postępowanie konkursowe w 2018 r., obejmujące obszar całego województwa. Kwota zawartej umowy wyniosła 20,8 tys. zł.

Spośród oferentów ubiegających się o zawarcie umowy, trzy stanowiły podmioty, które w okresie poprzedzającym postępowania nie świadczyły usług w danym zakresie świadczeń OPH. Wyniki weryfikacji oferentów przez OW NFZ potwierdziły prawidłowość danych zawartych w ofercie, wszystkich tych podmiotów.

W wyniku przeprowadzonej weryfikacji Komisja nie odrzuciła żadnej z ofert oraz nie unieważniła żadnego z postępowań konkursowych, a oferenci nie korzystali ze środków odwoławczych. W badanym okresie nie prowadzono postępowań w trybie rokowań.

(akta kontroli str. 292-336)

**2.2.** Badanie 15 postępowań<sup>28</sup> o udzielenie świadczeń OPH, w ramach których ocenie podlegało 18 ofert złożonych przez 14 różnych oferentów wykazało, że:

- postępowania prowadzono zgodnie z przepisami rozporządzenia w sprawie postępowań o zawarcie umów oraz zarządzeniami Prezesa NFZ w sprawie zawierania umów<sup>29</sup>,
- przestrzegano procedur konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>30</sup>,
- przy kontraktowaniu świadczeń nie dochodziło do zjawisk wskazujących na dowolność postępowania pracowników NFZ.

<sup>27</sup> W badanym okresie realizowane były również umowy wieloletnie, zawarte w 2014 r.

<sup>28</sup> Spośród 45 postępowań konkursowych o udzielenie świadczeń OPH dokonano celowego wyboru łącznie 15 postępowań z uwzględnieniem różnych zakresów świadczeń, obszarów i okresów kontraktowania. W ramach 45 postępowań ogłoszonych przez OW NFZ nie było: postępowań, w którym odrzucono oferty oraz w którym oferty złożyły łącznie nie mniej niż 15 oferentów.

<sup>29</sup> Zarządzenie nr 12/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 lutego 2015 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej oraz Zarządzenie nr 18/2017/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 14 marca 2017 r. w tej samej sprawie.

<sup>30</sup> Nr 2015/001/BO/KONTR/5.11, Nr 2016/001/BO/KONTR/6.01 oraz Nr 2016/001/BO/KONTR/6.02.

W wybranej do badania próbie w 12 przypadkach w odpowiedzi na ogłoszenie o konkursie wpłynęła tylko jedna oferta, zaś w pozostałych trzech – dwie.

W jednym przypadku<sup>31</sup>, stosownie do postanowień §17 rozporządzenia w sprawie postępowań o zawarcie umów, komisja konkursowa przeprowadziła obligatoryjną weryfikację oferenta ubiegającego się o zawarcie umowy w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie ze stanem faktycznym, ponieważ nie świadczył on wcześniej usług OPH w tym zakresie. Dokumentacja postępowania zawierała upoważnienie do przeprowadzenia weryfikacji oraz pozytywny wynik weryfikacji oferenta.

W ramach postępowań objętych badaniem komisja konkursowa nie podejmowała decyzji o odrzuceniu ofert bowiem nie wystąpiły przesłanki określone w art. 149 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>32</sup>, co do ich odrzucenia.

Sposób postępowania komisji konkursowej w przypadkach stwierdzonych braków w złożonych ofertach był jednolity. Spośród 18 złożonych ofert, osiem nie zawierało wszystkich wymaganych dokumentów określonych w zarządzeniach Prezesa NFZ w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. We wszystkich przypadkach, gdy oferent nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy jego oferta zawierała braki formalne, komisja wzywała do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty. We wszystkich przypadkach oferenci uzupełnili wymagane dokumenty oraz stwierdzone braki formalne w ofertach. Komisja konkursowa wzywała m.in. do złożenia:

- kopii umowy (bez postanowień określających finansowanie) albo zobowiązania podwykonawcy do zawarcia umowy z oferentem, zawierającej zastrzeżenie o prawie NFZ do przeprowadzenia kontroli na zasadach określonych w ustawie - w sześciu przypadkach,
- polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez oferenta umowy ubezpieczenia OC oferenta za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania – w pięciu przypadkach,
- wykazu podwykonawców spełniających wymagania określone w szczegółowych materiałach informacyjnych dotyczących danego przedmiotu postępowania lub oświadczenia, że będzie wykonywał umowę samodzielnie bez zlecenia podwykonawcom udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy - w jednym przypadku,
- pełnomocnictwa do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta, w szczególności do złożenia oferty, udzielonego przez osobę lub osoby, których prawo do reprezentowania oferenta wynika z dokumentów przedstawionych wraz z ofertą - w jednym przypadku.

Komisja konkursowa oceniała spełnienie przez oferentów warunków zapewnienia jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości i ceny świadczeń. Oferty zostały ocenione zgodnie z kryteriami oceny ofert i spełniały warunki udzielania świadczeń, które były określone przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniach: z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>33</sup> (dalej: rozporządzenie w sprawie kryteriów wyboru ofert) i z dnia 29 października 2013 r. w sprawie

<sup>31</sup> Postępowanie nr 14-18-000141/OPH/15/1/15.2181.028.02/01 – perinatalna opieka paliatywna.

<sup>32</sup> Dz. U. z 2018 r., poz. 1510 ze zm.

<sup>33</sup> Dz. U. z 2016 r., poz. 1372, ze zm.

świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej<sup>34</sup> (dalej: rozporządzenie w sprawie OPH) oraz Prezesa NFZ<sup>35</sup>.

(akta kontroli str. 327-329,337,339-359)

**2.3.** W latach 2015-2018 (I półrocze) Oddział przeprowadzał negocjacje z oferentami w celu ustalenia stanowiska stron w zakresie liczby i ceny świadczeń opieki zdrowotnej. Przeprowadzono je w pięciu, spośród 45 postępowań konkursowych, tj. w 2015 r. – dwukrotnie z dwoma podmiotami, a 2018 r. – trzykrotnie z dwoma podmiotami. W czterech przypadkach negocjacje dotyczyły świadczeń w hospicjum domowym, a w jednym OPH w poradni medycyny paliatywnej.

W pozostałych 40 postępowaniach nie było potrzeby przeprowadzenia negocjacji, bowiem w 36 przypadkach ofertę złożył tylko jeden podmiot, a w czterech - dwaj oferenci, przy czym propozycje oferentów mieściły się w wysokości środków przewidzianych do zawarcia umów.

Analiza wszystkich przeprowadzonych postępowań negocjacyjnych wykazała, że prowadzone były one przez komisje konkursowe, w oparciu o uregulowania zawarte w rozporządzeniu w sprawie postępowań o zawarcie umów oraz o procedury konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>36</sup>. Ustalono ponadto, że jako propozycję wyjściową do negocjacji dla świadczeń w hospicjum domowym w 2015 r. Oddział przyjmował ceny od 36 zł do 38 zł, tj. niższe od oczekiwanej (określonej przez Oddział i umieszczonej na jego stronie internetowej, wynoszącej 40 zł), zaś w 2018 r. cenę 52 zł, która była o 8% niższa od obwieszczonej przez Prezesa AOTiMT<sup>37</sup>.

W przypadku negocjacji z 2018 r. dotyczących świadczeń z zakresu porady w poradni medycyny paliatywnej cena w propozycji wyjściowej NFZ wyniosła 56,19 zł i była zgodna z ceną obwieszczoną przez Prezesa AOTiMT<sup>38</sup>.

Spośród pięciu negocjacji przeprowadzonych przez Oddział, tylko w jednym przypadku (negocjacje z 2015 r.) oferent, w celu poprawy swojej pozycji w rankingu obniżył cenę proponowaną w ofercie o 2,5% (z 40,0 zł na 39,0 zł).

W toku przeprowadzonych negocjacji, wszyscy, którym Oddział złożył propozycję zmiany ilości świadczeń zaakceptowali ją. Pięciu z dziesięciu oferentów przyjęło propozycję zmniejszenia liczby świadczeń, przy czym cena nie zmieniła się w wyniku negocjacji. Natomiast jeden oferent zgodził się na zwiększenie liczby świadczeń przy jednoczesnym zmniejszeniu ceny, ale - w zakresie mniejszym niż propozycja Oddziału (zarówno w odniesieniu do ceny, jak i ilości świadczeń).

Propozycje Oddziału w zakresie zmiany liczby i ceny świadczeń wynikały, m.in. z: miejsca oferenta w rankingu, konieczności uwzględnienia maksymalnej wartości zamówień podanych w ogłoszeniu i planie zakupu świadczeń, maksymalnej liczby umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej określonej w ogłoszeniu i planie zakupu, a także z analizy realizacji umowy za poprzedni rok oraz utrzymania dostępności do świadczeń.

Oferenci nie wnosili protestów i odwołań od przebiegu negocjacji.

<sup>34</sup> Dz. U. z 2018 r., poz. 742, ze zm.

<sup>35</sup> Zarządzenia Prezesa NFZ: nr 3/2014/DSOZ z dnia 23.01.2014 r. (obowiązujące do 30.06.2016 r.), nr 73/2013/DSOZ z 09.12. 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna (NFZ z 2013 r. poz. 73, ze zm.) – obowiązywało do 30.06.2016 r. oraz nr 54/2016/DSOZ z dnia 28.06.2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna (NFZ z 2016 r. poz. 54, ze zm.) – obowiązuje od 01.07.2016 r.

<sup>36</sup> Nr 2015/001/BO/KONTR/5.11, Nr 2016/001/BO/KONTR/6.01 oraz Nr 2016/001/BO/KONTR/6.02.

<sup>37</sup> Cena 56,19 zł obwieszczone w dniu 29 czerwca 2016 r. przez Prezesa AOTiMT, obowiązywała od 1 stycznia 2017 r., zaś Oddział obniżył ją o 8%, do 52,00 zł.

<sup>38</sup> Cena 56,19 zł została obwieszczone przez Prezesa AOTiMT w dniu 29 czerwca 2016 r. i obowiązywała od 1 stycznia 2017 r.

Przeprowadzone negocjacje zostały udokumentowane w protokołach negocjacji, w sposób umożliwiający ich przebieg, podpisywanych przez członków komisji konkursowej oraz oferentów.

Postępowania, w toku których Oddział przeprowadził negocjacje zakończyły się podpisaniem umów z wybranymi oferentami, z wyjątkiem jednego przypadku odwołania konkursu (2015 r.). W ogłoszeniu o ww. konkursie wskazano, że zawarta zostanie maksymalnie jedna umowa o świadczenie usług. W toku prowadzonego postępowania konkursowego komisja wyłoniła dwóch oferentów, którzy otrzymali tę samą liczbę punktów w rankingu. Z uwagi na brak możliwości rozstrzygnięcia postępowania i podpisania dwóch umów, przewodnicząca komisji konkursowej zawniosowała od Dyrektora Oddziału o odwołanie postępowania.

(akta kontroli str. 328-331,338,360-386,523-540)

**2.4.** W latach objętych kontrolą zakontraktowano udzielanie świadczeń OPH na całym obszarze województwa warmińsko-mazurskiego we wszystkich zakresach<sup>39</sup>. Nie odnotowano przypadków braku zakontraktowania świadczeń przewidzianych w planach zakupu.

Umowy na świadczenia OPH w warunkach stacjonarnych podpisano z sześcioma świadczeniodawcami, w warunkach ambulatoryjnych z 11, w warunkach domowych dla dorosłych z 21, warunkach domowych dla dzieci z trzema, a na perinatalną opiekę paliatywną – z jednym.

W latach 2015-2018 (I kwartał) poradnie medycyny paliatywnej zlokalizowane były w 11 spośród 21 powiatów województwa. Obszarem zabezpieczenia były głównie grupy powiatów o liczebności od dwóch do czterech (poza Olsztynem, na którego terenie działały dwie poradnie). Natomiast od kwietnia 2018 r. zmniejszono liczebność grup powiatów wchodzących w skład obszarów kontraktowania, a liczba miejsc świadczenia usług zwiększyła się do 13 poradni zlokalizowanych w 12 spośród 21 powiatów regionu.

W okresie objętym kontrolą na terenie województwa funkcjonowało sześć podmiotów świadczących usługi OPH w systemie stacjonarnym - w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym, zabezpieczających ww. usługi na obszarach grup powiatów o liczebności od trzech do pięciu.

Największy obszar (ok. 29% powierzchni województwa) zamieszkiwany przez ponad 500 tys. osób, zabezpieczany był przez hospicjum stacjonarne z siedzibą w Olsztynie. Obszar ten charakteryzował się najniższym wskaźnikiem łóżek na 1 mln mieszkańców (39,6), odbiegającym od wartości zalecanej przez Europejskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej (80-100 łóżek/1 mln mieszkańców).

Świadczenia w hospicjum domowym zostały zakontraktowane na obszarach obejmujących powiaty. W sześciu przypadkach (powiaty: gołdapski, kętrzyński, piski, iławski, olsztyński i m. Olsztyn) na obszarze powiatu usługi świadczyły dwa podmioty, zaś w 15 – jeden.

W badanym okresie świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci realizowały trzy podmioty (mające siedzibę w Olsztynie, Elblągu i Giżycku) na obszarach grup powiatów o liczebności od sześciu do dziewięciu. Ośrodki zlokalizowane w różnych częściach województwa umożliwiały dostęp do świadczeń dzieciom ze wszystkich powiatów.

Świadczenia w zakresie perinatalnej opieki paliatywnej od kwietnia 2018 r, tj. początku kontraktowania tego zakresu, były zabezpieczane przez jeden podmiot - Caritas Archidiecezji Warmińskiej, który odpowiadał za realizację usług na terenie wszystkich powiatów.

(akta kontroli str. 332-336,387-394)

<sup>39</sup> Perinatalna opieka paliatywna została zakontraktowana od kwietnia 2018 r.

**2.5.** Badaniu poddano umowy wieloletnie na świadczenia OPH aneksowane przez dwie komisje negocjacyjne powołane na podstawie zarządzeń<sup>40</sup> Dyrektora Oddziału w latach 2016-2017. Komisje powołano w celu ustalenia w umowach wieloletnich kwoty zobowiązania bądź warunków finansowania świadczeń. Analiza umów<sup>41</sup> realizowanych przez 24 podmioty świadczące usługi OPH wykazała, że Oddział:

- przygotowywał propozycje finansowe dla poszczególnych świadczeniodawców,
- uzgadniał warunki finansowe ze świadczeniodawcami,
- sprawdzał potencjał świadczeniodawców w kontekście spełnienia warunków koniecznych do realizacji świadczeń i był on zgodny z wymogami załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie OPH,
- podpisywał aneksy do umów niewygasających z końcem okresu rozliczeniowego.

Wymienione umowy aneksowano zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>42</sup> (dalej: „rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów”) oraz procedurą aneksowania umów niewygasających z końcem okresu rozliczeniowego na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>43</sup>. Podczas aneksowania umów wieloletnich na kolejny okres rozliczeniowy Oddział uwzględniał następujące zasady:

- analizę wykonanych świadczeń w okresie I półrocza z symulacją do końca roku,
- wskaźniki dostępności na 10 tys. mieszkańców,
- potencjał wykonawczy świadczeniodawcy,
- priorytetowość w rodzaju OPH z naciskiem na świadczenia realizowane w poradni medycyny paliatywnej oraz hospicjach dla dzieci - z uwagi na fakt, że nie występują w każdym powiecie oraz ograniczeniami wynikającymi z małej liczby specjalistów,
- wzrost wyceny świadczeń wynikający z tariff AOTMiT od 1 stycznia 2017 r.,
- wnioski konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie medycyny paliatywnej dotyczące zwiększenia wyceny świadczeń<sup>44</sup>.

Jak pisał Dyrektor Oddziału, najistotniejszym elementem procesu aneksowania umów jest prowadzenie działań zmierzających do utrzymania jak najlepszej dostępności do świadczeń, jednocześnie mając na uwadze możliwości finansowe Oddziału, które determinują wszystkie działania.

Przy aneksowaniu umów wieloletnich na świadczenia Oddział brał pod uwagę m.in. skargi oraz wyniki kontroli przeprowadzanych u świadczeniodawców. Analiza skarg i kontroli w badanym okresie nie miała wpływu na wielkość zakontraktowanych świadczeń, bo – jak wyjaśnił Dyrektor Oddziału – w tym czasie w kontrolach nie stwierdzono istotnych nieprawidłowości, zalecenia pokontrolne zostały wdrożone, zaś moment rozpatrzenia jedynej częściowo zasadnej skargi nastąpił już po rozstrzygnięciu postępowania konkursowego<sup>45</sup>.

Oddział w ciągu roku zawierał także aneksy bez udziału komisji negocjacyjnych, mające na celu zmianę zakontraktowanych ilości świadczeń OPH. I tak, skutkiem takich aneksów w latach 2015-2018 (I półrocze) było: zwiększenie wartości umów (w 15

<sup>40</sup> nr 90/2015 z 05.11.2015 r. oraz nr 77/2016 z 19.10.2016 r.

<sup>41</sup> Każda z dwóch komisji negocjowała po 25 umów na świadczenia OPH, w 2016 r. komisja zawarła 31 aneksów, w 2017 r. – 25.

<sup>42</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 1146, ze zm.

<sup>43</sup> Nr 2011/DSOZ/ANEKSOWANIE/1.0 wprowadzona na podstawie pisma Prezesa NFZ z dnia 26.08.2011 r.

<sup>44</sup> Np. od lipca 2016 r. w oddziałach medycyny paliatywnej / hospicjach stacjonarnych zwiększono cenę osobodnia o 5 zł.

<sup>45</sup> Skarga z dnia 27.01.2018r.

przypadkach, zmniejszenie (w 7 przypadkach) oraz brak zmiany wartości umów (42 przypadki dotyczące zmiany struktury w poszczególnych zakresach świadczeń).

W ciągu roku zdarzały się zmiany liczby zakontraktowanych świadczeń wynikające z dostosowania liczby świadczeń zawartych w umowie do liczby świadczeń zrealizowanych przez świadczeniodawcę. Zmiana struktury w poszczególnych zakresach świadczeń była przeprowadzona na wniosek świadczeniodawcy lub z inicjatywy Oddziału. W wyniku zmiany struktury nie następowała zmiana wartości zawartej umowy.

W latach 2016-2017 zawarto pięć aneksów zwiększających wartość umowy – w jednym przypadku na wniosek świadczeniodawcy ze środków niewykorzystanych z innych umów, w pozostałych z inicjatywy Oddziału, w celu opłacenia przekroczeń liczby świadczeń.

Ponadto Oddział na zakończenie okresu rozliczeniowego, w przypadku niewykonania zakontraktowanych świadczeń, dokonywał również dostosowania tychże wartości w poszczególnych zakresach w umowie.

W okresie objętym kontrolą nie było przypadków podpisywania przez Oddział aneksów po zakończeniu okresu rozliczeniowego.

(akta kontroli str. 395-433,515-516)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

Wprowadzie w trakcie procesu renegotiacji umów, Oddział stosował procedurę aneksowania umów opracowaną przez Centralę NFZ i badał zgodność realizowanych świadczeń z warunkami określonymi w rozporządzeniu w sprawie OPH, tj. m.in. w zakresie wymagań dotyczących personelu, jednakże nie uwzględniał posiadanych danych o rzeczywistej liczbie pacjentów, którym udzielono świadczeń.

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że w trakcie procesu renegotiacji umów stosowane są obowiązujące przepisy prawa oraz zasady określone przez Prezesa NFZ. Zgodnie z nimi, w trakcie postępowania konkursowego oraz przy aneksowaniu umów na kolejny okres rozliczeniowy, dokonywana jest analiza i przeliczenie potencjału świadczeniodawcy pod względem zgodności z warunkami określonymi przez Ministra Zdrowia oraz zawartym kontraktem. Liczba pacjentów/łóżek wymusza określoną liczbę etatów personelu medycznego spełniającego określone warunki co do posiadanych specjalizacji, kursów, doświadczenia zawodowego. Wykonywane przez świadczeniodawców umowy rozliczane są na narastająco, a ich potencjał weryfikowany jest na bieżąco. Natomiast dane o rzeczywistej liczbie wykonanych świadczeń Oddział otrzymuje w raportach statystycznych przekazanych przez świadczeniodawcę dopiero po fakcie ich wykonania. Raport podlega procedurze walidacji i weryfikacji, która sprawdza zgodność zgłoszonego do umowy potencjału tzn. czy personel wskazany jako wykonawca świadczeń został zgłoszony pod pozycją umowy.

(akta kontroli str. 419-427,499-510)

NIK zauważa jednak, że nieuwzględnianie posiadanych danych o rzeczywistej liczbie pacjentów oraz wielkości etatów personelu medycznego wskazanych w umowie powodowało, że Oddział podpisywał aneksy do umów ze świadczeniodawcami, którzy nie zapewniali w całym okresie trwania umowy w pełni potencjału personelu w odniesieniu do rzeczywistej liczby pacjentów i rzeczywistego czasu pracy<sup>46</sup>.

<sup>46</sup> Kontrole NIK przeprowadzone u świadczeniodawców wykazały, że w Stowarzyszeniu na rzecz Hospicjum Elbląskiego w jednym z czterech badanych miesięcy (tj. w lutym 2015 r.) nie zapewniono odpowiedniej liczby fizjoterapeutów i pielęgniarek udzielających świadczeń OPH w warunkach domowych w odniesieniu do średniej liczby pacjentów korzystających z usług hospicjum domowego dla dorosłych. W Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki Długoterminowej w Olecku stwierdzono brak wymaganych rozporządzeniem OPH równoważników etatowych dla świadczeń OPH realizowanych przez: lekarza w warunkach domowych w lutym

Opis stanu faktycznego

**2.6.** W kontrolowanym okresie Oddział nie występował do prokuratury lub Policji z podejrzeniem popełnienia przestępstwa lub wykroczenia w związku z kontraktowaniem oraz realizacją świadczeń OPH.

(akta kontroli str. 434)

Stwierdzone nieprawidłowości

W wyniku kontroli NIK przeprowadzonych u dwóch świadczeniodawców ustalono, że Oddział zawierał umowy<sup>47</sup> na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w warunkach ambulatoryjnych, w których czas pracy psychologa określony był na 2,5 godziny w tygodniu, podczas gdy zgodnie z częścią III pkt 1 i 2 załącznika nr 2 rozporządzenia w sprawie OPH poradnia powinna być czynna co najmniej 3 dni w tygodniu po 2,5 godziny dziennie, w tym jeden dzień w godzinach popołudniowych do godziny 18.00.

Według Dyrektora OW NFZ, Oddział prawidłowo stosował przepisy przedmiotowego rozporządzenia, zgodnie z którymi poradnie medycyny paliatywnej mają być dostępne dla pacjentów 7,5 godz. w tygodniu, zaś czas pracy poszczególnych osób personelu powinien być dostosowany do potrzeb pacjentów i uwzględniać zarówno porady w poradni jak i wizyty domowe. Wskazał również, że potwierdzenie tej tezy znajduje swoje uzasadnienie m.in. w pkt 4.1.1.7. załącznika nr 11 do rozporządzenia w sprawie kryteriów wyboru ofert, według którego oferent otrzymuje dodatkowe punkty rankingujące m.in. za zatrudnienie specjalisty psychologii klinicznej lub psychologa klinicznego – co najmniej 50% czasu pracy poradni medycyny paliatywnej, tzn. na 3 godz. 45 min. w tygodniu.

(akta kontroli str. 560-564)

**OCENA CZĄSTKOWA**

Kontraktowanie przez Oddział świadczeń OPH było przeprowadzone co do zasady prawidłowo. W szczególności poprawnie oceniano spełnienie przez oferentów warunków zapewnienia jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości i ceny udzielanych świadczeń. W Oddziale stworzono też odpowiednie warunki dla transparentności etapu negocjacji. Oddział dołożył staranności, aby w okresie objętym kontrolą zakontraktować udzielanie świadczeń OPH we wszystkich zakresach na całym obszarze województwa. W trakcie procesu re negocjacji umów Oddział przy badaniu wymagań dotyczących personelu nie uwzględniał danych o rzeczywistej liczbie pacjentów wynikających z wykonania oraz wielkości etatów personelu medycznego. NIK wskazuje też na niewłaściwą praktykę podczas zawierania umów na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w warunkach ambulatoryjnych, w których czas pracy psychologa określony był na 2,5 godziny w tygodniu, bowiem winien on wynosić co najmniej 7,5 godziny tygodniowo.

### **3. Rozliczanie świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej**

Opis stanu faktycznego

**3.1.1.** W okresie objętym kontrolą OW NFZ na świadczenia OPH wydatkował ogółem 67.756,6 tys. zł, w tym 16.364,5 tys. zł w 2015 r., 17.315,4 tys. zł w 2016 r., 22.997,7 tys. zł w 2017 r. oraz 11.079,0 tys. zł w I półroczu 2018 r.

Wartość środków wydatkowanych za świadczenia wykonane ponad ustalone limity w latach 2015-2017 wynosiła łącznie 2.323,1 tys. zł (tj. 4,1% wartości ogółu kontraktów), w tym 576,2 tys. zł (3,5%) w 2015 r., 755,1 tys. zł (4,4%) w 2016 r. oraz 991,8 tys. zł (4,3%) w 2017 r.

---

2015 r. i października 2017 r., psychologa w warunkach stacjonarnych w lipcu 2016 r., psychologa w warunkach domowych w lutym 2015 r. i październiku 2017 r., fizjoterapeuty w warunkach stacjonarnych w lipcu 2016 r. i maju 2018 r. fizjoterapeuty w warunkach domowych w lutym 2015 r.

<sup>47</sup> W badanym okresie Oddział zawarł z tymi dwoma świadczeniodawcami umowy w zakresie porada w poradni medycyny paliatywnej, na łączną kwotę 90.334,25 zł.

Na świadczenia z zakresu opieki w warunkach stacjonarnych wydatkowano łącznie 27.975,1 tys. zł, na świadczenie w warunkach ambulatoryjnych - 1.016,2 tys. zł, na świadczenia w warunkach domowych dla dorosłych - 30.405,5 tys. zł oraz 5.239,2 tys. zł na świadczenia w warunkach domowych dla dzieci. Wydatkowano ponadto 3.120,6 tys. zł na dodatkowe wynagrodzenia dla pielęgniarek. Oddział nie sfinansował świadczeń na perinatalną opiekę paliatywną z uwagi na brak zakontraktowania takiego zakresu świadczeń w latach 2015-2017 oraz brak rozliczenia jedynej umowy w I półroczu 2018 roku.

W badanym okresie corocznie zwiększono kwoty wydatkowane na OPH. Największy wzrost wydatków na OPH, bo aż o 32,8% tj. o 5.682,3 tys. zł w porównaniu do roku poprzedniego, odnotowano w 2017 r., co wynikało z wprowadzenia nowych taryf AOTMiT. Zakresem, na który wydatki wzrosły wówczas w największym stopniu – o 43,2% tj. 2.946,8 tys. zł - był OPH w warunkach stacjonarnych.

W badanym okresie udzielono i zapłacono łącznie za 1.239.730,65 świadczeń OPH wyrażonych w odpowiednich jednostkach rozliczeniowych, z czego: 270.946,94 dotyczyło świadczeń w 2015 r., 281.305,42 w 2016 r. 464.350,49 w 2017 r. oraz 189.656,80 w I półroczu 2018 r.

W latach 2015-2016 jednostką rozliczeniową dla OPH w warunkach stacjonarnych oraz domowych był osobdzień, dla OPH w warunkach ambulatoryjnych – porada. Od 2017 r. wprowadzono<sup>48</sup> punkt rozliczeniowy jako jednolitą jednostkę rozliczeniową dla wszystkich zakresów OPH.

Liczba wykonanych i opłaconych świadczeń w 2016 r. wzrosła od 0,4% do 3,9% we wszystkich zakresach OPH w porównaniu do 2015 r., natomiast w 2017 r. w porównaniu<sup>49</sup> do 2016 r. spadła dla świadczeń w warunkach domowych dla dorosłych (o 0,9%) oraz porad w poradniach medycyny paliatywnej (o 6,4%), a wzrosła dla hospicjów stacjonarnych (o 3,3%) oraz hospicjów domowych dla dzieci (o 3,2%).

(akta kontroli str. 199-201,435-438,517-519)

Rozliczając świadczenia ponadlimitowe stosowano wytyczne i ustalenia Centrali NFZ oraz zasady określone przez Dyrektora OW NFZ w zarządzeniach wewnętrznych<sup>50</sup>. Co roku Dyrektor OW NFZ powoływał zespół ds. oceny świadczeń, którego zadaniem było m.in. wytypowanie świadczeń ponadlimitowych w poszczególnych rodzajach świadczeń do opłacenia w ramach procesu ugodowego. Zespół ten w pierwszej kolejności zobowiązany był uwzględniać charakter udzielonych, a nierozliczonych w ramach umowy świadczeń zdrowotnych oraz priorytety OW NFZ dotyczące finansowania świadczeń w poszczególnych ich rodzajach.

Zrealizowane świadczenia ponadlimitowe dla poszczególnych zakresów świadczeń OPH opłacane były w następujący sposób:

- poradnia medycyny paliatywnej: 100% ceny,
- hospicjum domowe: 70% w 2016 r., 50% w 2017 r. i 60% w 2018 r.,
- hospicjum domowe dla dzieci: 30% w 2016 r., 50% w 2017 r. i 100% w 2018 r.,
- hospicjum stacjonarne/oddział medycyny paliatywnej: 80% w 2016 r. i 2018 r. oraz 50% w 2017 r.

Finansowanie świadczeń ponadlimitowych uzależnione było od wysokości zaoszczędzonych środków finansowych, priorytetowości zadań i wartości nadwykonań.

<sup>48</sup> Obwieszczeniem Prezesa AOTMiT z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna.

<sup>49</sup> Stwierdzono po przeliczeniu na jednostki rozliczeniowe stosowane m.in. w latach 2015-2016

<sup>50</sup> W latach 2016-2018 Dyrektor OW NFZ wydał sześć takich zarządzeń, po dwa na każdy rok. Zarządzenia te określały zasady dokonywania rozliczeń świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umów, w procesie rocznego ich rozliczenia oraz w drodze ugód.

Stosowano też zasadę odkupienia wszystkich świadczeń z redukcją ceny oraz nie poddawano procesowi ugodowemu zakresów świadczeń, w których dokonywano zmian zawartych umów na podstawie § 20-22 rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów.

W okresie objętym kontrolą Oddział zawarł ze świadczeniodawcami łącznie 55 ugód, w tym: 15 w 2015 r.; 18 w 2016 r. i 22 w 2017 r. W opłaconych świadczeniach nadlimitowych nie wykazano tzw. ratujących życie, a prawidłowość kwalifikacji świadczeń jako ratujących bądź nieratujących życie była sprawdzana przez Oddział.

(akta kontroli str. 142-150,435-443,514,541-553)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

W latach 2015-2018 (I półrocze), przy zawieraniu ugód ze świadczeniodawcami, stosowano się do zarządzeń wewnętrznych Dyrektora OW NFZ uwzględniających wytyczne z Centrali NFZ. Sprawdzano m.in. spełnianie minimalnych wymagań dotyczących obciążenia personelu w sytuacji zwiększania świadczeń ponad ustalone limity, sprzętu medycznego i pomocniczego, organizacji pracy, jednakże nie uwzględniano posiadanych danych o rzeczywistej liczbie pacjentów, którym udzielono świadczeń.

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że przy rozliczaniu świadczeń ponadlimitowych stosowano się do wytycznych Centrali NFZ oraz rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów.

(akta kontroli str. 142-150,435,437-443,503-510,541-542)

Opis stanu  
faktycznego

**3.1.2.** W okresie objętym kontrolą odnotowano osiem przypadków niewykonanych świadczeń w ramach zawartych kontraktów, w tym cztery w 2015 r. (świadczenia w hospicjum domowym) oraz cztery w 2016 r. (po jednym w zakresie porad w poradni medycyny paliatywnej, świadczeń w hospicjum domowym, świadczeń w hospicjum domowym dla dzieci oraz świadczeń w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym). Wartość niewykonanych świadczeń wynosiła od 21 zł do 680 zł, tj. od 0,002% do 1% zawartych umów.

Według Dyrektora OW NFZ, poziom wykonywania zawartych umów monitorowano poprzez bieżącą współpracę ze świadczeniodawcami oraz poprzez dane uzyskiwane z systemu raportowania Business Object oraz z systemu informatycznego KS-SIKCH. W zidentyfikowanych przypadkach niewykonania lub nadwykonania dokonywano zmian zawartych umów polegających na zwiększeniu kwoty zobowiązania ustalonej dla jednego lub kilku zakresów świadczeń przy jednoczesnym zmniejszeniu kwoty zobowiązania ustalonej dla pozostałych zakresów świadczeń (§ 21 rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów). Zmniejszono również maksymalny poziom finansowania do jego rzeczywistej realizacji (§ 43 rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów), a uwolnione środki przeznaczano na zwiększenie poziomu finansowania świadczeniodawców u których wystąpiły nadwykonania. W 2015 r. dokonano 30 zmian w zawartych umowach, w 2016 r. - 18 zmian, w 2017 r. - 12 zmian, a w I półroczu 2018 r. - ośmiu zmian.

(akta kontroli str. 142-150,444)

**3.1.3.** Statystyczne sprawozdania miesięczne przedkładane do OW NFZ przez świadczeniodawców podlegały procedurze walidacji, w ramach której sprawdzano m.in. zgodność struktury raportu ze schematem XML oraz różne zależności (np. czy data początku świadczenia jest wcześniejsza niż jego zakończenia). Świadczenia poprawnie walidowane<sup>51</sup> były importowane do systemu informatycznego i poddawane procesowi

<sup>51</sup> Świadczeniodawcy otrzymywali komunikaty o niepoprawnych świadczeniach, które nie zostały zaimportowane do systemu informatycznego OW NFZ.

weryfikacji<sup>52</sup>. Proces weryfikacji był procesem automatycznym, a definiowanie jego warunków określone było przez Centralę NFZ<sup>53</sup>. W następnej kolejności następowała możliwość wygenerowania przez świadczeniodawców szablonów rozliczeniowych (zawierających informacje o świadczeniach poprawnie zweryfikowanych i mieszczących się w ramach limitu świadczeń) i wystawienia rachunku za te świadczenia.

Łącznie Oddział zakwestionował 3.152,9 świadczeń na kwotę 157,3 tys. zł, co stanowiło 0,2 % wartości i 0,3% sumy wszystkich opłaconych świadczeń.

(akta kontroli str. 138-141,445-461)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

Oddział w badanym okresie opłacił 28 świadczeń dla czterech pacjentów<sup>54</sup> na łączną kwotę 1,23 tys. zł, które zostały wykazane przez świadczeniodawców z kodem ICD-10 nieuprawniającym do ich opłacenia w ramach OPH (jednostki chorobowe niewykazane w załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie OPH).

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że przedmiotowe świadczenia zostały opłacone, ponieważ zostały poprawnie zweryfikowane w automatycznym procesie weryfikacyjnym dokonywanym przez Centralny System Weryfikacji NFZ. Systemy informatyczne poszczególnych oddziałów NFZ weryfikujące świadczenia są zasilane parametrami weryfikacyjnymi z Centralnego Systemu Weryfikacji, a definiowaniem sprawdeń w ww. systemie zajmuje się Centrala NFZ. Dyrektor podał również, że Oddział podjął w tej sprawie działania wyjaśniające.

(akta kontroli str. 499-511)

Opis stanu  
faktycznego

**3.1.4.** W okresie objętym kontrolą udzielono jednego świadczenia w zakresie perinatalnej opieki paliatywnej, które zostało poprawnie zweryfikowane przez stosowany w NFZ system KS-SIKCH. Do 30 czerwca 2018 r. Oddział nie sfinansował świadczeń na perinatalną opiekę paliatywną z uwagi na brak zakontraktowania takiego zakresu świadczeń w latach 2015-2017. W I półroczu 2018 r. wykonano jedno świadczenie, którego nie rozliczono w tym okresie.

(akta kontroli str. 138-141,435-436)

**3.2.** W latach 2015-2018 (I półrocze) OW NFZ kontrolował realizację umów OPH w ramach kontroli planowych. Opracowywaniem rocznych planów kontroli zajmował się stały zespół powołany przez Dyrektora OW NFZ<sup>55</sup> w składzie: kierownik Działu Kontroli Realizacji Umów na Świadczenia, naczelnik Wydziału Gospodarki Lekami, kierownik Działu Kontraktowania Świadczeń, kierownik Działu Monitorowania, Analiz i Planowania Świadczeń oraz pracownik Wydziału do Spraw Mundurowych. Zespół ten zbierał i analizował dane uzyskiwane z poszczególnych komórek organizacyjnych OW NFZ, dotyczące m.in. wskazywanych podmiotów do kontroli z uwzględnieniem nieprawidłowości o których uzyskano wiedzę w okresie poprzedzających sporządzenie projektu planu kontroli, skarg oraz informacji uzyskanych od innych organów. Przy sporządzaniu projektu planu kontroli uwzględniano również wytyczne i obszary kontroli wskazywane przez Departament Kontroli Centrali NFZ. Projekty planów kontroli przedkładano następnie do akceptacji Dyrektora OW NFZ<sup>56</sup> i przekazywano do Centrali NFZ.

(akta kontroli str. 462-480)

<sup>52</sup> Do najczęstszych problemów wykrywanych w procesie weryfikacji należało niepodawanie typu świadczeniodawcy wystawiającego zlecenie, wskazywanie dni tygodnia niezgodnych z zakontraktowanym harmonogramem pracy osób udzielających świadczeń oraz podawanie nieprawidłowych kodów świadczeń.

<sup>53</sup> Zdefiniowane przez Centralę NFZ reguły importowane były do systemów poszczególnych oddziałów NFZ i wykorzystywane w procesach sprawdzających poprawność świadczeń.

<sup>54</sup> Porady w poradni medycyny paliatywnej dla trzech pacjentów oraz świadczenia w hospicjum domowym dla jednego.

<sup>55</sup> Zarządzenia Dyrektora OW NFZ nr 140/2009 z dnia 18.11.2009 r. w sprawie powołania stałego zespołu do spraw opracowania rocznych planów kontroli W-M OW NFZ na rok 2010 i lata następne oraz nr 142/2010 z dnia 04.11.2010 r., wprowadzające zmiany do zarządzenia z 2009 r.

<sup>56</sup> Plany kontroli na lata 2015-2018 zatwierdzone zostały następującymi zarządzeniami Dyrektora OW NFZ w Olsztynie: nr 104/2014 z dnia 12.12.2014 r., nr 102/2015 z dnia 15.12.2015 r., nr 92/2016 z dnia 14.12.2016 r. oraz nr 123/2017 z dnia 14.12.2017 r.

W okresie objętym kontrolą zaplanowano i przeprowadzono dwie kontrole realizacji umów OPH, tj. w:

- 2015 r. - „Panaceum” Pielęgniarska Spółka Partnerska w Baniach Mazurskich, kontrola dotyczyła prawidłowości realizacji umowy w rodzaju OPH w warunkach domowych dla dorosłych w latach 2014-2015. W ramach kontroli badano m.in. warunki formalno-prawne prowadzonej działalności, kwalifikacje personelu udzielającego świadczeń, dokumentację medyczną oraz przeprowadzono oględziny pomieszczeń hospicjum. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły: prowadzenia dokumentacji medycznej, kwalifikacji do hospicjum domowego, braku wymaganych przepisami informacji dla świadczeniobiorców oraz braku znaku graficznego NFZ na budynku kontrolowanej jednostki. Działalność kontrolowanej placówki oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami i sformułowano 12 wniosków pokontrolnych (w tym dotyczące zwrotu nienależnie pobranej kwoty w łącznej wysokości 380 zł oraz dokonania korekty raportów statystycznych o wartości 418 zł). Kontrolowany podmiot dokonał wpłaty kary umownej oraz zwrotu nienależnie pobranej kwoty na rachunek OW NFZ oraz poinformował o realizacji wszystkich wniosków pokontrolnych.
- 2016 r. - Powiatowy Szpital im. Władysława Biegańskiego w Łławie, kontrola dotyczyła sprawdzenia realizacji świadczeń w warunkach ambulatoryjnych i domowych dla dorosłych w latach 2014-2016, ze szczególnym uwzględnieniem zasadności i celowości sprawowanej opieki nad pacjentem przebywającym kilka lat w hospicjum. W ramach kontroli badano m.in. warunki formalno-prawne prowadzonej działalności, kwalifikacje personelu udzielającego świadczeń, warunki udzielania świadczeń oraz dokumentację medyczną. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły: realizacji umowy z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej przez pielęgniarki, które nie posiadały wymaganych kwalifikacji oraz przedstawienia do rozliczenia przez NFZ świadczeń jednej z pacjentek, której wykazana jednostka chorobowa nie kwalifikowała się do leczenia w Poradni Medycyny Paliatywnej. Działalność kontrolowanej placówki oceniono pozytywnie z nieprawidłowościami i sformułowano trzy wnioski pokontrolne (w tym dotyczące zwrotu nienależnie pobranej kwoty w łącznej wysokości 1.160 zł oraz dokonania korekty raportów statystycznych o łącznej wartości 1.200 zł). Kontrolowany podmiot dokonał wpłaty kary umownej oraz zwrotu nienależnie pobranej kwoty na rachunek OW NFZ oraz poinformował o realizacji wszystkich wniosków pokontrolnych.

W trakcie przeprowadzania ww. kontroli, monitorowano celowość udzielanych świadczeń poprzez analizę dokumentacji medycznej pacjentów (żadne ze świadczeń zdrowotnych przekazanych przez świadczeniodawców nie było oznakowane jako „ratujące życie”). Ponadto, poprzez analizę dokumentacji kontrolowanych placówek, w tym harmonogramów pracy np. psychologów czy fizjoterapeutów, monitorowano również ewentualne działania świadczeniodawców polegające na ograniczeniu tego rodzaju świadczeń, w celu ich udzielania w trybie odrębnym (sytuacja podwójnego finansowania świadczeń).

Dyrektor Oddziału odnośnie ilości przeprowadzonych kontroli z zakresu OPH podał, że plany kontroli tworzone są m.in. w oparciu o posiadane informacje realizacji umów przez świadczeniodawców, wpływające do Oddziału skargi, wyniki przeprowadzonych w latach ubiegłych kontroli<sup>57</sup> oraz sporządzane analizy ryzyka, z których wynika, że obszar ten charakteryzuje się niskim ryzykiem wystąpienia nieprawidłowości.

(akta kontroli str. 481-484,503-510)

---

<sup>57</sup> Np. w 2014 r. przeprowadzono pięć kontroli planowych

**3.3.** W okresie objętym kontrolą do OW NFZ wpłynęły cztery skargi dotyczące realizacji świadczeń OPH, z których trzy dotyczyły zastrzeżeń do opieki sprawowanej nad pacjentami, a jedna dotyczyła niefigurowania chorego w systemie EWUŚ oraz braku możliwości korzystania z bezpłatnych świadczeń Poradni Medycyny Paliatywnej w ramach przepisów o koordynacji, na podstawie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego. Po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego (w tym u świadczeniodawców) trzy spośród ww. skarg zostały uznane za niezasadne<sup>58</sup>, a jedna za częściowo zasadną<sup>59</sup> – świadczeniodawca, którego dotyczyła skarga został wytypowany do kontroli planowej realizacji świadczeń OPH w 2019 r. Analiza dokumentacji związanej z przedmiotowymi skargami wykazała, że OW NFZ rozpatrywał skargi w terminach i zgodnie z zasadami określonymi w Kpa oraz zarządzeniu Prezesa NFZ nr 31/2010/DSS z dnia 1 lipca 2010 r. w sprawie rozpatrywania skarg i wniosków w Narodowym Funduszu Zdrowia.

(akta kontroli str. 485)

**3.4.** W latach 2015-2018 (I półrocze) dwudziestu pięciu świadczeniodawców, którzy mieli zawarte umowy z Oddziałem udzieliło ogółem 1.239.730,6 świadczeń OPH (wrażonych w odpowiednich jednostkach rozliczeniowych), w tym: 365.680,8 w warunkach stacjonarnych, 23.202,2 – ambulatoryjnych, 751.885,0 domowych dla dorosłych, 93.925,4 w warunkach domowych dla dzieci oraz koszty dodatkowych wynagrodzeń dla pielęgniarek – 5.037,2.

Świadczeniodawcy objęli opieką ogółem 10.702 pacjentów, w tym 10.035 nowotworowych (tj. 93,8%). Osoby chore na nowotwory stanowiły: 99,6% pacjentów, którym udzielano świadczeń w poradniach medycyny paliatywnej, 98,5% w hospicjum domowym dla dorosłych, 87,6% w hospicjach stacjonarnych oraz 9,2% w warunkach domowych dla dzieci.

Poza chorobami nowotworowymi, dominującymi jednostkami chorobowymi były: owrzodzenie odleżynowe (40,5% pacjentów nienowotworowych) oraz niewydolność oddechowa niesklasyfikowana gdzie indziej (11,0%).

Przeciętny okres objęcia opieką w przypadku porad w poradni medycyny paliatywnej wynosił średnio 10 dni w 2015 r., dziewięć dni 2016 r., 10 dni w 2017 r. oraz siedem dni w I półroczu 2018 r. W przypadku pacjentów korzystających ze świadczeń hospicjum stacjonarnego było to 28 dni w latach 2015-2016, 29 dni w 2017 r. oraz 27 dni w I półroczu 2018 r. Dla hospicjum domowego dla dorosłych było to 77 dni w 2015 r., 83 w 2016 r., 84 dni w 2017 r. oraz 68 dni w I półroczu 2018 r., a dla hospicjum domowego dla dzieci 236 dni w latach 2015-2016, 255 dni w 2017 r. oraz 145 dni w I półroczu 2018 r. W przypadku perinatalnej opieki paliatywnej był to jeden dzień w I półroczu 2018 r.

(akta kontroli str. 435-436,486-491)

**3.5** Na terenie województwa warmińsko-mazurskiego wskaźniki liczby jednostek rozliczeniowych dla poszczególnych zakresów OPH na 10 tys. mieszkańców były wyższe od średniej krajowej dla wszystkich zakresów oprócz OPH w warunkach stacjonarnych. Dyrektor OW NFZ wyjaśnił, że tworząc plan zakupu świadczeń w danym rodzaju i zakresie świadczeń Oddział musi zbilansować potrzeby oraz możliwości planu finansowego. OW NFZ w związku z dobrze rozwiniętą siecią placówek świadczących usługi w warunkach domowych oraz niewykorzystaniem

<sup>58</sup> Tj. dwie skargi dotyczące zastrzeżeń do sprawowanej opieki nad pacjentami oraz skarga dotycząca niefigurowania chorego w systemie EWUŚ oraz braku możliwości korzystania z bezpłatnych świadczeń Poradni Medycyny Paliatywnej w ramach przepisów o koordynacji, na podstawie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (w tej sprawie OW NFZ zawiadomił wnoszącego skargę, że pacjent legitymujący się kartą EKUZ nie będzie figurował w polskim systemie EWUŚ, tylko w systemie państwa, które wydało kartę EKUZ (w tym wypadku Wielkiej Brytanii) oraz, że może on być objęty bezpłatnym leczeniem na podstawie posiadanej karty EKUZ).

<sup>59</sup> Skarga dotyczyła niewłaściwego funkcjonowania jednego z hospicjów domowych - OW NFZ po przeanalizowaniu dokumentacji medycznej stwierdził brak skutecznego zapewnienia całodobowego dostępu do świadczeń udzielanych przez lekarza i pielęgniarkę.

bazy łóżek w województwie, nie widzi potrzeby zwiększania bazy łóżek w hospicjach stacjonarnych / oddziałach medycyny paliatywnej.

(akta kontroli str.142-150,494)

W okresie objętym kontrolą kwota przeznaczona na świadczenia OPH zwiększyła się z 16.364,5 tys. zł w 2015 r. do 22.997,7 tys. zł w 2017 r. Dostępność wyrażona wskaźnikiem wartości umów na świadczenia OPH na 10 tys. ubezpieczonych wzrastała z roku na rok, i tak w zakresie:

- świadczeń w hospicjum domowym dla dorosłych – od 60.199,49 zł w 2015 r. do 77.859,20 zł w 2017 r.,
- świadczeń w hospicjum domowym dla dzieci– od 10.365,73 zł w 2015 r. do 13.194,78 zł w 2017 r.,
- świadczeń w oddziale medycyny paliatywnej / hospicjum stacjonarnym – od 52.253,84 zł w 2015 r. do 76.617,88 zł w 2017 r.,
- porad w poradni medycyny paliatywnej – od 2.059,14 zł w 2015 r. do 2.388,91 zł w 2017 r.

(akta kontroli str. 435-436,492)

W latach 2015-2016<sup>60</sup> wartość umów na świadczenia OPH na 10 tys. ubezpieczonych wynosiła odpowiednio 119,8 tys. zł i 127,2 tys. zł (przy średniej krajowej wynoszącej 107,8 tys. zł i 117,5 tys. zł), co sytuowało Oddział na piątym i siódmym miejscu w kraju. Dostępność poszczególnych zakresów świadczeń na tle kraju kształtowała się następująco:

- porady w poradni medycyny paliatywnej – pierwsze miejsce w latach 2015-2016,
- hospicjum domowe – trzecie miejsce w 2015 r. i piąte miejsce w 2016 r.,
- hospicjum domowe dla dzieci – piąte miejsce w 2015 r. i trzecie w 2016 r.,
- świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym – dziesiąte miejsce w 2015 r. i jedenaste w 2016 r.

(akta kontroli str. 493)

Analiza danych z lat 2015-2017 w zakresie udzielania świadczeń OPH w poszczególnych powiatach województwa wykazała, że:

- Liczba pacjentów wszystkich zakresów OPH w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców była zróżnicowana na poziomie powiatów, najwięcej pacjentów korzystało ze świadczeń OPH w powiecie węgorzewskim (średnio 59), a najmniej w powiecie szczycieńskim (przeciętnie 16). W pozostałych 19 powiatach w badanych latach było od 20 do 38 pacjentów OPH na 10 tys. mieszkańców.
- Liczba pacjentów OPH na 10 tys. mieszkańców na terenach wiejskich była niższa niż na terenach miejskich: w 2015 r. – o 17,3%, 2016 – o 14,0%, 2017 – o 20,8%. Największe różnice pomiędzy miastem a wsią występowały w przypadku OPH w warunkach ambulatoryjnych (np. w 2017 r. o 40% pacjentów więcej w mieście niż na wsi).
- Zakres OPH, dla którego wskaźnik liczby pacjentów na 10 tys. mieszkańców był najwyższy to świadczenia w hospicjum domowym dla dorosłych.
- Liczba pacjentów hospicjum domowego dla dorosłych na 10 tys. mieszkańców wg powiatów kształtowała się na poziomie od 10 do 32, a różnica pomiędzy terenami wiejskimi a miejskimi wahała się od 13,0% do 19,8%. Najmniej pacjentów w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców było w powiatach iławskim i oleckim.

<sup>60</sup> Nie przygotowano ogólnopolskich zestawień zbiorczych za 2017 r.

- W powiatach ostródzkim, oleckim, gołdapskim, mragowskim, piskim, szczycieńskim, lidzbarskim i elbląskim, w których liczba pacjentów poradni medycyny paliatywnej na 10 tys. mieszkańców była najniższa tj. średnio jeden i mniej w badanym okresie, nie było zlokalizowanych takich poradni.
- W powiatach iławskim, nowomiejskim i elckim liczba pacjentów hospicjów stacjonarnych na 10 tys. mieszkańców była najniższa w województwie i w latach 2015-2017 wynosiła średnio mniej niż trzy, podczas gdy w powiecie działdowskim wskaźnik ten wyniósł średnio 27.
- Migracje pacjentów województwa warmińsko – mazurskiego tj. były największe w przypadku hospicjum stacjonarnego, zaś obszarami, których mieszkańcy korzystali najczęściej ze świadczeń poza granicami województwa były powiaty: iławski, elcki i działdowski.

(akta kontroli str. 554-559)

Wskaźnik limitowanego zabezpieczenia świadczeń przyjęty na potrzeby niniejszej kontroli, zdefiniowany jako stosunek liczby pierwotnie zakontraktowanych świadczeń OPH w stosunku do liczby świadczeń udzielonych, wynosił 87,9% w 2015 r., 89,0% w 2016 r., 92,7% w 2017 r. i 86,4% w I półroczu 2018 r.

Natomiast w ujęciu wartościowym (tj. relacja wartości pierwotnego kontraktu do wartości świadczeń OPH udzielonych przez świadczeniodawców) wskaźnik ten wynosił odpowiednio 90,7%, 92,5%, 93,2% oraz 87,4%.

Zmiany umów w ciągu roku dostosowujące ich zakres do rzeczywistego zapotrzebowania oraz rozliczanie świadczeń nadlimitowych w badanym okresie sprawiały, że wartości wskaźnika limitowanego zabezpieczenia kalkulowana w oparciu o ostateczne kontrakty łącznie z ugodami, wskazywały na niemal pełne zabezpieczenie potrzeb pacjentów OPH i wynosiły: w stosunku do liczby świadczeń udzielonych 99,9% w 2015 r., 100,0% w 2016 r., 100,0% w 2017 r. i 86,2% w I półroczu 2018 r., zaś w ujęciu wartościowym - odpowiednio 95,8%, 95,7%, 97,5% oraz 86,3%.

Kierownik Działu Kontraktowania Świadczeń Oddziału podała, że z uwagi na specyfikę świadczeń, podczas planowania, Oddział ani świadczeniodawcy nie są w stanie przewidzieć liczby pacjentów, którzy będą wymagali objęcia świadczeniami OPH ani czasu opieki. W takich sytuacjach Oddział zakłada, że pacjent OPH nie powinien oczekiwać w kolejce, dlatego w ciągu roku powstają nadwykonania, które rozliczane w formie ugód. Wpływ na stopień zabezpieczenia świadczeń mają także wzrastające ceny jednostek rozliczeniowych poszczególnych świadczeń.

(akta kontroli str. 495-498)

#### OCENA CZĄSTKOWA

Oddział NFZ co do zasady prawidłowo rozliczał realizację świadczeń OPH, a zawarte kontrakty zapewniały dostępność świadczeń OPH we wszystkich zakresach na całym obszarze województwa, w odpowiedni sposób reagował też na zgłaszane skargi. W badanym okresie Oddział rozliczył 28 świadczeń dla czterech pacjentów, które zostały wykazane z kodem ICD-10 nieuprawniającym do udzielania świadczeń OPH. W ocenie Najwyższej Izby Kontroli, ujęcie w planach kontroli OW NFZ badanego okresu dwóch kontroli dotyczących realizacji umów w rodzaju OPH, skontrolowanie przez 3,5 roku jedynie 8% podmiotów udzielających świadczeń oraz nieprzeprowadzenie żadnej kontroli warunków stacjonarnych i domowych dla dzieci, może nie zapewnić pełnego monitorowania, kontroli i rozliczania świadczeń. Fundusz wypełnia funkcję płatnika ze środków pochodzących z obowiązkowych składek ubezpieczenia zdrowotnego i w związku z powyższym ze szczególną starannością winien monitorować jakość i sposób udzielania świadczeń zdrowotnych udzielanych osobom ubezpieczonym.

#### IV. Wnioski

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

Wnioski

1. Rozważenie możliwości uwzględnienia posiadanych danych o rzeczywistej liczbie pacjentów, którym udzielono świadczeń OPH, w trakcie procesu renegotjacji umów oraz zawierania ugód ze świadczeniodawcami.

#### 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 Olsztynie. 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 wniosku pokontrolnego 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.

Olsztyn, 21 grudnia 2018 r.

Kontrolerzy:  
Olga Ratkiewicz  
Starszy inspektor kontroli państwowej

.....  
*podpis*

Piotr Stupienko  
Doradca ekonomiczny

.....  
*podpis*

Dyrektor Delegatury  
Najwyższej Izby Kontroli w Olsztynie  
Piotr Górny

.....  
*podpis*