



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Olsztynie

LOL.410.022.01.2019

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

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

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	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Planowanie i kontraktowanie świadczeń w zakresie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.</li><li>2. Nadzór, monitorowanie i rozliczanie wykonania świadczeń w zakresie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.</li></ol>
Okres objęty kontrolą	Lata 2017-2019 (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
Kontroler	Piotr Stupienko – doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr LOL/108/2019 z 30 sierpnia 2019 r.

(akta kontroli str. 1-2)

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

OCENA OGÓLNA	<p>W okresie objętym kontrolą OW NFZ prawidłowo planował oraz kontraktował świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, uwzględniając m.in. priorytety określone przez Ministra Zdrowia i Centralę NFZ oraz ustalone przez siebie priorytety regionalne, a także informacje uzyskiwane od świadczeniodawców oraz od administracji rządowej i samorządowej. Uwzględniano również sytuację demograficzną, zdrowotną i epidemiologiczną populacji zamieszkującej województwo. Oddział podejmował skuteczne działania w celu zakontraktowania świadczeń w zakresie opieki długoterminowej na obszarze całego województwa oraz realizacji ww. priorytetów. Umowy zawierano ze świadczeniodawcami wyłonionymi w wyniku prawidłowo przeprowadzanych konkursów. W latach 2017-2019 (I połowa) systematycznie rosła wartość środków przeznaczanych na realizację świadczeń w ramach opieki długoterminowej, realizowanych zarówno w warunkach stacjonarnych, jak i w warunkach domowych. Oddział monitorował i nadzorował realizację umów przez świadczeniodawców i prawidłowo reagował w sytuacjach niewykonywania świadczeń w ramach zawartych kontraktów lub wykonywania świadczeń ponad ustalone limity. Kontrolowano również wykonywanie umów przez świadczeniodawców, a liczba przeprowadzanych kontroli oraz wartość skontrolowanych umów corocznie wzrastała.</p>
--------------	---

<sup>1</sup> Dz. U. z 2019 r. poz. 489 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.

### III. Opis ustalonego stanu faktycznego

OBSZAR

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

1.1. W okresie objętym kontrolą OW NFZ planował wydatkowanie na świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze udzielane w opiece długoterminowej w trybie stacjonarnym i domowym ogółem 120 865,0 tys. zł, w tym 46 407,0 tys. zł w 2017 r., 46 511,0 tys. zł w 2018 r. oraz 27 947,0 tys. zł w I półroczu 2019 r.<sup>3</sup>.

Na etapie tworzenia „Planów zakupu świadczeń zdrowotnych Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia”<sup>4</sup> na lata 2017-2019 i założeń do procesu kontraktowania świadczeń z zakresu świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze udzielane w opiece długoterminowej, przekazywanych Prezesowi NFZ<sup>5</sup>, kierowano się i uwzględniano m.in.:

- Procedury Definiowania Priorytetów Zdrowotnych i Planowania Zakupów Świadczeń, ustalone przez Centralę NFZ<sup>6</sup>.
- Priorytety określone przez Ministra Zdrowia<sup>7</sup>, priorytety określane przez Centralę NFZ<sup>8</sup> oraz priorytety regionalne<sup>9</sup>, ustalone przez Oddział.
- Informacje otrzymywane z Centrali NFZ (w tym zarządzenia dotyczące warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej<sup>10</sup>) oraz informacje pozwalające na ocenę na tle kraju poziomu zabezpieczenia świadczeń w zakresie opieki długoterminowej i cen za stosowane jednostki rozliczeniowe.
- Informacje otrzymywane od świadczeniodawców.

<sup>3</sup> Plan finansowy na 2019 r. wynosił 53 512 tys. zł.

<sup>4</sup> Zarządzenia Dyrektora OW NFZ: Nr 69/2016 z dnia 31.08.2016 r. ze zm., Nr 20/2018 z dnia 5 marca 2018 r. ze zm. Orz Nr 116/2018 z dnia 30 października 2018 r. ze zm.

<sup>5</sup> Pisma znak: WSOZ-DMA.600.12.2016 z dnia 7 października 2016 r., Nr WSOZ-DMA.600.24.2017 z dnia 20 października 2017 r. oraz WSOZ-DMA-600.64.2018 z 29 października 2018 r.

<sup>6</sup> W okresie objętym kontrolą obowiązywały trzy procedury wprowadzone następującymi pismami znak: DAiS.032.1.2016-I.05255.KKU z dnia 19 kwietnia 2016 r., znak: DSOZ.401.1402.2017.2017.46821.MCZ z dnia 28 sierpnia 2017 r. oraz znak: DSOZ.401.1589.2018.2018.48811.MJS z dnia 11 września 2018 r.

<sup>7</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. Nr 137, poz. 1126) §1 pkt 11, tj. rozwój opieki długoterminowej, ze szczególnym uwzględnieniem kompensowania utraconej sprawności. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U.2018 poz. 469) §1 pkt 10, tj. zwiększenie koordynacji opieki nad pacjentami starszymi, niepełnosprawnymi oraz niesamodzielnymi.

<sup>8</sup> Priorytetem ogólnopolskim określonym przez Centralę NFZ w latach 2017-2019 (I półrocze) był priorytet o nazwie: Rozwój opieki długoterminowej.

<sup>9</sup> Dyrektor W-M OW NFZ poinformował Prezesa NFZ o przyjętych priorytetach regionalnych na lata 2017-2019 pismami: znak: WSOZ-DMA.600.9.2016 z dnia 24 sierpnia 2016 r., znak: WSOZ-DMA.600.24.2017 z dnia 6 września 2017 r., znak: WSOZ-DMA.600.57.2018 z dnia 10 września 2018 r. W tych latach priorytetem regionalnym w zakresie opieki długoterminowej był priorytet: Rozwój opieki długoterminowej w zakresie przewlekłej wentylacji mechanicznej.

<sup>10</sup> Zarządzenie nr 60/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej ze zm., tj. zarządzenia nr 79/2016/DSOZ z 28 lipca 2016 r., nr 89/2016/DSOZ z 5 sierpnia 2016 r., nr 105/2017/DSOZ z 13 października 2017 r. (na mocy którego nastąpił wzrost wyceny osobodnia dla pacjentów wentylowanych mechanicznie żywionych dojelitowo), Zarządzenie nr 45/2018/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, ze zm., tj. zarządzenia nr 73/2018/DSOZ z dnia 30 lipca 2018 r., nr 81/2018/DSOZ z dnia 14 sierpnia 2018 r. oraz nr 88/2018/DSOZ z 23 sierpnia 2018 r.

- Dane statystyczne publikowane przez GUS oraz analizy sporządzone we własnym zakresie, w tym analizy finansowe i analizy dotyczące potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa.
- Poziom nadwykonań z lat poprzednich oraz wycenę świadczeń gwarantowanych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, określone w obwieszczeniach Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (dalej: „AOTMiT”) w sprawie taryfy świadczeń<sup>11</sup>.
- Sytuację demograficzną, zdrowotną i epidemiologiczną populacji zamieszkującej województwo.
- Dane historyczne w zakresie m.in. zachorowalności mieszkańców województwa, w tym na schorzenia będące najczęstszą przyczyną udzielania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.
- Potencjał wykonawczy podmiotów udzielających świadczeń poprzez analizy ich kadry (głównie lekarskiej i pielęgniarskiej) oraz posiadany sprzęt specjalistyczny.
- Wielkość nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej województwa na tle kraju (w 2018 r. pod względem dostępności do świadczeń w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców, województwo warmińsko-mazurskie zajmowało VII miejsce w kraju, natomiast w pod względem dostępności do świadczeń w warunkach domowych - XI miejsce).
- Aktualny poziom realizacji umów przez świadczeniodawców.
- Dane wynikające Map Potrzeb Zdrowotnych publikowanych przez Ministerstwo Zdrowia.
- Informacje uzyskiwane od konsultantów wojewódzkich w dziedzinie pielęgniarstwa i opieki długoterminowej.

Określając liczbę pacjentów potencjalnie kwalifikujących się do korzystania ze świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych udzielanych w opiece długoterminowej Oddział wykorzystywał także informacje dotyczące:

- struktury wiekowej pacjentów w opiece długoterminowej (2% pacjentów stanowili pacjenci w wieku przedprodukcyjnym od 0 do 18 lat, 17% w wieku produkcyjnym – od 18 do 65 lat, a 81% pacjenci w wieku poprodukcyjnym po 65 roku życia),
- schorzeń będących przyczyną kwalifikacji pacjentów do świadczeń w ramach opieki długoterminowej. Najczęstsze schorzenia z jakimi pacjenci trafiali do opieki długoterminowej w 2017 r. to choroby: układu oddechowego – 28%, naczyń mózgowych (udary) – 19%, skóry i tkanki podskórnej (odleżyny) – 16% oraz choroby tętnic, tętniczek i naczyń włosowatych – 10%. W 2018 r. najczęstszymi schorzeniami były choroby skóry i tkanki podskórnej (odleżyny) – 33%, naczyń mózgowych (udary) – 15%, układu oddechowego – 14,6% oraz choroby tętnic, tętniczek i naczyń włosowatych – 9,7%
- średniego czasu korzystania z opieki długoterminowej (w 2017 r. średnio 310 dni, najdłuższe pobyty dotyczą przede wszystkim pacjentów wentylowanych mechanicznie w warunkach domowych, a najkrótsze wentylowanych mechanicznie w warunkach stacjonarnych),
- nakładów finansowych ponoszonych w porównaniu do liczby pacjentów,

<sup>11</sup> M.in. obwieszczenie z dnia 13 września 2016 r.

- porównania kosztów leczenia pacjentów w opiece stacjonarnej i domowej (koszt leczenia w warunkach stacjonarnych w 2017 r. był średnio 12% wyższy niż w warunkach domowych),
- powtarzalności pobytu i średniego kosztu pobytu pacjenta w stacjonarnych miejscach udzielania świadczeń w poszczególnych powiatach.

Przy planowaniu uwzględniano również m.in. opinie Rady W-M OW NFZ, w skład której wchodził m.in. przedstawiciel Wojewody Warmińsko-Mazurskiego, Sejmiku Województwa, Konwentu Powiatów Województwa, Wojewódzkiej Rady Dialogu Społecznego oraz organizacji pracodawców. W okresie objętym kontrolą odbyło się pięć posiedzeń Rady W-M OW NFZ<sup>12</sup>, których przedmiotem było m.in. dokonywanie analizy corocznych prognoz wpływów i wydatków NFZ, opiniowanie projektów planów finansowych W-M OW NFZ, ocena realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej za rok ubiegły, założenia kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej, analizy wyników kontroli realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także analizy jakości i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej oraz analizy ich kosztów.

(akta kontroli str. 3-57)

W trakcie prac nad planem zakupów świadczeń opieki zdrowotnej na 2017 r., Dyrektor OW NFZ skierował pismo do Wojewody Warmińsko-Mazurskiego, Prezydentów Elbląga, Ełku i Olsztyna oraz do wszystkich starostów powiatów z terenu województwa, dotyczące ich oceny zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Informacji dotyczących oceny zabezpieczenia świadczeń opieki długoterminowej udzielił Wojewoda, Prezydent Elbląga oraz 10 starostów powiatów. W odpowiedziach wskazywano na potrzeby i problemy do rozwiązania, w tym m.in.:

- zniesienie limitowania świadczeń oraz zwiększenie finansowania opieki długoterminowej zarówno w warunkach stacjonarnych jak i domowych,
- zwiększenie usług realizowanych przez szpitale w zakresie stacjonarnej opieki długoterminowej,
- potrzebę uruchamiania zakładów opiekuńczo-leczniczych na terenach, na których dotychczas one nie funkcjonowały.

Dyrektor Oddziału wskazał, że następuje stały wzrost poziomu finansowania świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych w warunkach stacjonarnych i domowych, planowane jest również zwiększenie dostępności do tych świadczeń, m.in. poprzez zwiększanie liczby łóżek w funkcjonujących zakładach oraz uruchamianie nowych placówek. Podał również, że zniesienie limitowania świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych nie jest możliwe m.in. ze względu na możliwości finansowe Oddziału oraz ze względu na proces starzenia się społeczeństwa i związaną z tym potrzebę zapewniania świadczeń tego typu coraz szerszej grupie osób.

(akta kontroli str. 60-62)

Oddział nie gromadził danych o liczbie osób skierowanych do ZOL i oczekujących na udzielenie świadczenia oraz o liczbie pacjentów zmarłych przed udzieleniem świadczeń w ZOL ponieważ, jak wskazał Dyrektor Oddziału, nie było takiego obowiązku.

(akta kontroli str. 55-56)

<sup>12</sup> W dniach: 23 czerwca 2017 r., 26 października 2017 r., 25 czerwca 2018 r., 15 listopada 2018 r. oraz 25 czerwca 2019 r.

**1.2.1.** W okresie objętym kontrolą świadczeń w warunkach stacjonarnych na terenie województwa udzielało 14 podmiotów, które dysponowały łącznie 583 łózkami w 2017 r., 635 łózkami w 2018 r. oraz 641 łózkami w I połowie 2019 r.

Oddział zakontraktował udzielenie łącznie 290,6 tys. świadczeń o wartości 22 886,3 tys. zł w 2017 r., 595,3 tys. świadczeń o wartości 23 440,9 tys. zł w 2018 r. oraz 396,9 tys. świadczeń o wartości 11 938 tys. zł w I półroczu 2019 r. Podmioty, z którymi zawarto umowy udzieliły 305,5 tys. świadczeń 1 495 osobom w 2017 r., 650,4 tys. świadczeń 1 411 osobom w 2018 r. oraz 446,6 tys. świadczeń 889 osobom w I półroczu 2019 r.

Na terenie dziewięciu<sup>13</sup> spośród 21 powiatów woj. warmińsko-mazurskiego<sup>14</sup> nie funkcjonował żaden podmiot świadczący usługi opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych. W związku z powyższym OW NFZ ogłaszał konkursy obejmujące grupy powiatów, tak aby istniejące zakłady obsługiwały pacjentów z sąsiednich powiatów. I tak, stacjonarny zakład opieki długoterminowej w:

- Dobrym Mieście (powiat olsztyński) obsługiwał również pacjentów z powiatu lidzbarskiego,
- Goldapi (powiat goldapski) obsługiwał również pacjentów z powiatu węgorzewskiego,
- Nidzicy (powiat nidzicki) obsługiwał również pacjentów z powiatu działdowskiego,
- Lubawie (powiat iławski) obsługiwał również pacjentów z powiatu nowomiejskiego,
- Reszlu (powiat kętrzyński) obsługiwał również pacjentów z powiatów bartoszyckiego, giżyckiego, mrągowskiego, piskiego i szczycieńskiego.

Najlepszą dostępność do świadczeń w ramach opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych (wartość planu na 2019 r. w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych – wartość średnia dla województwa wynosiła 73,4 tys. zł) mieli mieszkańcy powiatów, w których funkcjonowały tego typu zakłady, tj. powiatów kętrzyńskiego (144,1 tys. zł), goldapskiego (138,6 tys. zł) oraz nidzickiego (124,4 tys. zł). Najniższa dostępność odnotowano w powiatach w których zakłady tego typu nie funkcjonowały, tj. w powiatach mrągowskim (24,7 tys. zł), giżyckim (24,8 tys. zł) oraz działdowskim (25,5 tys. zł).

Według Dyrektora Oddziału, w latach 2017-2019 w prowadzonych postępowaniach konkursowych nie zgłosił się żaden nowy oferent chcący realizować ten rodzaj usług. Wskazał również, że Oddział prowadził rozmowy ze świadczeniodawcami w celu zwiększenia ilości łóżek w istniejących zakładach opieki długoterminowej oraz w celu tworzenia nowych miejsc udzielania świadczeń. W ich wyniku, w najbliższym czasie planowane jest zwiększenie liczby łóżek w ośrodkach w Nidzicy, Braniewie i Lubawie oraz powstanie nowego zakładu opiekuńczo-leczniczego w powiecie szczycieńskim.

(akta kontroli str. 27-33, 55-57)

**1.2.2.** W latach objętych kontrolą udzielanie świadczeń w ramach opieki długoterminowej w warunkach domowych zakontraktowano na całym obszarze województwa warmińsko-mazurskiego. Podmiotów udzielających świadczeń na terenie województwa było 48 w latach 2017-2018 oraz 47 w I półroczu 2019 r. (w każdym powiecie był co najmniej jeden taki podmiot). Oddział zakontraktował udzielenie łącznie 369,4 tys. świadczeń o wartości 16 250,4 tys. zł w 2017 r.,

<sup>13</sup> Żaden podmiot udzielający świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach stacjonarnej opieki długoterminowej nie funkcjonował na terenie powiatów: bartoszyckiego, działdowskiego, giżyckiego, lidzbarskiego, mrągowskiego, nowomiejskiego, piskiego, szczycieńskiego i węgorzewskiego.

<sup>14</sup> Łącznie z miastami na prawach powiatu Olsztynem i Elblągiem.

565,6 tys. świadczeń o wartości 16 891,5 tys. zł w 2018 r. oraz 325,6 tys. świadczeń o wartości 9 714,2 tys. zł w I połowie 2019 r. Podmioty, z którymi zawarto umowy udzieliły 430,2 tys. świadczeń 1 849 osobom w 2017 r., 757,1 tys. świadczeń 1 897 osobom w 2018 r. oraz 398,3 tys. świadczeń 1 547 osobom w 2019 r. (I połowie).

Najlepszą dostępność do świadczeń w ramach opieki długoterminowej w warunkach domowych (wartość planu na 2019 r. w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych – wartość średnia dla województwa wynosiła 36,3 tys. zł) mieli mieszkańcy powiatów braniewskiego (69,0 tys. zł), szczywieńskiego (50,8 tys. zł) oraz giżyckiego (44,2 tys. zł), natomiast najniższa dostępność była w powiatach ełckim (29,9 tys. zł) i elbląskim (29,8 tys. zł) oraz w mieście Olsztynie (24,5 tys. zł).

Według Dyrektora Oddziału ww. różnice w dostępie do świadczeń w ramach opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych oraz w warunkach domowych, wynikały m.in. potencjału świadczeniodawców oferujących usługi na danym terenie (w tym liczby łóżek i liczby personelu), rozmieszczenia placówek oraz realizacji umów przez świadczeniodawców. Wskazał również, że pacjenci mają prawo wyboru miejsca leczenia, co ma również wpływ na analizowaną dostępność.

(akta kontroli str. 55-57, 65-74)

**1.3.1.** W okresie objętym kontrolą zadania związane z zapewnieniem świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej<sup>15</sup> realizowało łącznie 32 pracowników OW NFZ.

Zadania związane z przeprowadzeniem postępowań konkursowych wykonywali pracownicy wchodzący w skład sześciu pięcioosobowych komisji konkursowych, powołanych przez Dyrektora OW NFZ. Dodatkowo, w latach 2017-2019 (I półrocze) Dyrektor OW NFZ powołał pięć trzyosobowych komisji renegocjacyjnych, w celu ustalenia w umowach wieloletnich kwoty zobowiązań bądź warunków finansowania świadczeń.

W latach 2017-2019 (I półrocze), 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>16</sup>, w skład każdej komisji wchodziła co najmniej jedna osoba posiadająca co najmniej wyższe wykształcenie i tytuł zawodowy magistra lub równorzędny w dziedzinie nauk medycznych.

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. Dyrektor OW NFZ nie ustalał dodatkowych procedur dotyczących przeprowadzanych postępowań konkursowych.

(akta kontroli str. 75, 80-82)

W trakcie trwających postępowań członkowie komisji konkursowych nie byli zwalniani częściowo ani całkowicie z innych obowiązków służbowych oraz brali udział w postępowaniach konkursowych dotyczących innych świadczeń finansowanych przez NFZ. Według Dyrektora OW NFZ nie miało to negatywnego wpływu na prace komisji, ponieważ prace związane z postępowaniami

---

<sup>15</sup> Zadania te dotyczyły m.in. opracowania 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>16</sup> Dz. U. z 2018 r. poz. 1897.

konkursowymi prowadzone są okresowo, a członkowie komisji powoływani są spośród pracowników merytorycznych, na co dzień zajmujących się planowaniem zakupu świadczeń, kontraktowaniem, analizowaniem i rozliczaniem umów.

(akta kontroli str. 55-57, 80)

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, dostępności oraz oferowanej ceny. Wspomagał on również 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. 75, 80-81, 82-107)

W okresie objętym kontrolą przeprowadzono łącznie 64 postępowania konkursowe na realizację świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, w tym 15 postępowań w 2017 r. oraz 49 w I półroczu 2019 r. W postępowaniach tych wpłynęło odpowiednio 19 i 75 ofert, które były rozpatrywane od 5 do 32 dni.

(akta kontroli str. 76-79)

**1.3.2.** Badanie czterech postępowań<sup>17</sup>, dotyczących zawarcia umów o udzielanie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, w ramach których ocenie podlegało 10 ofert złożonych przez 10 różnych oferentów wykazało, że:

- Postępowania konkursowe ogłoszone były dla Miasta Elbląg, powiatu giżyckiego oraz dla grup powiatów: Miasta Olsztyn i powiatu szczycieńskiego oraz powiatów bartoszyckiego i braniewskiego.
- Po otwarciu ofert członkowie komisji konkursowych złożyli oświadczenia, że nie zachodzą wobec nich przesłanki wykluczające ich udział w postępowaniu.
- Przestrzegano procedur<sup>18</sup> konkursów, prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>19</sup>.
- Oferty były kompletne i spełniały wymogi udzielania świadczeń, zgodnie z rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych<sup>20</sup>.
- 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

<sup>17</sup> Badaniem objęto po dwa konkursy dotyczące udzielania świadczeń w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym/opiekuńczo-leczniczym oraz świadczeń w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej domowej, przeprowadzone w 2017 r. i w 2019 r.

<sup>18</sup> Procedury konkursów ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Nr 2016/001/BO/KONTR/6.01 oraz Nr 2016/001/BO/KONTR/6.05.

<sup>19</sup> Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373 ze zm.).

<sup>20</sup> W przypadku dwóch zbadanych konkursów na udzielanie świadczeń w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych/opiekuńczo-leczniczych, według stanu na dzień 9 października 2019 r., w jednym przypadku liczba łóżek wynosiła 20 (przy 13 pielęgniarzach i ośmiu opiekunkach), a w drugim 55 łóżek (osiem pielęgniarek i osiem opiekunek).



udzielania świadczeń, które były określone przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniu z 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>21</sup> oraz w zarządzeniach Prezesa NFZ.

- Przy kontraktowaniu świadczeń nie dochodziło do zjawisk wskazujących na dowolność postępowania pracowników NFZ. Sposób postępowania komisji konkursowej w przypadkach stwierdzonych braków w złożonych ofertach był jednolity. Spośród 10 złożonych ofert, dziewięć nie zawierało wszystkich wymaganych dokumentów. 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.
- We wszystkich przypadkach przeprowadzono weryfikację oferentów w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w złożonych ofertach.
- Komisje konkursowe nie podejmowały decyzji o odrzuceniu ofert, ponieważ nie wystąpiły przesłanki określone w art. 149 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, co do ich odrzucenia.
- W przydatku dwóch postępowań Oddział przeprowadził negocjacje z wszystkimi oferentami, w celu ustalenia stanowiska stron w zakresie liczby i ceny świadczeń opieki zdrowotnej. Analiza przeprowadzonych postępowań negocjacyjnych wykazała, że prowadzone były one przez komisje konkursowe, w oparciu o obowiązujące procedury NFZ. W obu przypadkach liczba świadczeń i wartość ofert przewyższała wartość zamówienia i w toku negocjacji zmniejszono liczbę jednostek rozliczeniowych (nie zmieniano ceny jednostki rozliczeniowej). Nie było przypadków obniżania ceny przez oferentów w celu poprawy swojej pozycji w rankingu. Postępowania negocjacyjne zostały udokumentowane w sposób umożliwiający odtworzenie przebiegu negocjacji.
- Żaden z oferentów nie skorzystał ze środków odwoławczych w postaci: wniesienia protestu do komisji konkursowej odwołania do Dyrektora OW NFZ skargi do sądu administracyjnego.

(akta kontroli str. 108-132)

1.4.1. W okresie objęty kontrolą OW NFZ zawarł łącznie 179 aneksów do umów wieloletnich dotyczących opieki długoterminowej, w tym po 60 w latach 2017-2018 r. oraz 59 aneksów w I połowie 2019 r. Podczas aneksowania umów wieloletnich analizowano poziom wykonanych świadczeń w okresie pierwszego półrocza danego roku i symulacje wykonania w ujęciu rocznym oraz uwzględniano m.in. wskaźniki dostępności świadczeń na 10 tys. mieszkańców, potencjał świadczeniodawcy, wzrost cen świadczeń wynikający z tariff AOTMiT. Uwzględniano również skargi i wyniki kontroli przeprowadzanych u świadczeniodawców.

Badanie 12 postępowań związanych z aneksowaniem umów wieloletnich<sup>22</sup> wykazało, że:

- Postępowania negocjacyjne prowadziły trzyosobowe komisje renegocjacyjne powołane przez Dyrektora OW NFZ.
- Umowy aneksowano zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki

<sup>21</sup> Dz. U. z 2016 r., poz. 1372, ze zm.

<sup>22</sup> Badaniem objęto po cztery aneksy z każdego roku okresu objętego kontrolą.

zdrowotnej<sup>23</sup> oraz procedurą aneksowania umów niewygasających z końcem okresu rozliczeniowego na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>24</sup>.

- Podczas aneksowania umów wieloletnich na kolejny okres rozliczeniowy Oddział m.in.:
  - przygotowywał propozycje finansowe dla poszczególnych świadczeniodawców i uzgadniał z nimi warunki finansowe,
  - sprawdzał potencjał świadczeniodawców w kontekście spełnienia warunków koniecznych do realizacji świadczeń,
  - uwzględniał skargi oraz wyniki kontroli przeprowadzanych u świadczeniodawców, a także wykonanie świadczeń ponad limit w poprzednich latach,
  - podpisywał aneksy przed końcem okresu rozliczeniowego.

(akta kontroli str. 60-62,133-136)

**1.4.2.** Oddział zawierał również w ciągu roku aneksy do umów ze świadczeniodawcami, mające na celu zmianę zakontraktowanych ilości świadczeń w opiece długoterminowej.

Z inicjatywy Oddziału, w przypadku trzech umów dotyczących realizacji świadczeń w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych/opiekuńczo-leczniczych, nastąpiło zwiększenie ich wartości w celu opłacenia powstałych nadwykonań świadczeń udzielonych pacjentom wentylowanym mechanicznie w warunkach stacjonarnych.

W dwóch przypadkach, na skutek niewykonania przez świadczeniodawców zakontraktowanych świadczeń, Oddział dokonał dostosowania wartości zrealizowanych świadczeń w poszczególnych zakresach, w wyniku czego zmniejszono poziom finansowania dwóch umów.

W 26 przypadkach nastąpiła zmiana struktury w poszczególnych zakresach świadczeń. W ciągu roku zdarzały się zmiany liczby zakontraktowanych świadczeń, wynikające m.in. z dostosowania liczby świadczeń zawartych w umowie do liczby świadczeń zrealizowanych przez świadczeniodawcę. Zmiana struktury w poszczególnych zakresach świadczeń była przeprowadzana na wniosek świadczeniodawcy lub z inicjatywy Oddziału. W wyniku zmiany struktury nie następowała zmiana wartości zawartej umowy.

Ponadto, w dziewięciu przypadkach nastąpiła zmiana kodów zakresów świadczeń na podstawie zarządzenia Prezesa NFZ<sup>25</sup> w związku z wprowadzoną od 1 listopada 2017 r. nową wyceną świadczeń wynikającą z taryfy AOTM dla świadczeń realizowanych w warunkach stacjonarnych i domowych dla pacjentów wentylowanych mechanicznie i żywnych dojelitowo.

(akta kontroli str. 60-63, 137)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

W okresie objętym kontrolą OW NFZ prawidłowo planował i kontraktował świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, uwzględniając sytuację demograficzną, zdrowotną i epidemiologiczną populacji zamieszkującej województwo, a także informacje uzyskiwane z Centrali NFZ,

<sup>23</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 1146, ze zm.

<sup>24</sup> Nr 2011/DSOZ/ANEKSOWANIE/1.0 wprowadzona na podstawie pisma Prezesa NFZ z dnia 26.08.2011 r.

<sup>25</sup> Nr 105/2017/DSOZ.

od świadczeniodawców oraz od administracji rządowej i samorządowej. Oddział podejmował także działania w celu zakontraktowania świadczeń w zakresie opieki długoterminowej na obszarze całego województwa. Umowy zawierano ze świadczeniodawcami wyłonionymi w wyniku przeprowadzanych konkursów, a badania kontrolne potwierdziły, że ich przebieg był zgodny z obowiązującymi regulacjami w tym zakresie.

OBSZAR

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

Opis stanu faktycznego

**2.1.** W okresie objętym kontrolą świadczeniodawcy realizowali 74 umowy w 2017 r., 60 umów w 2018 r. oraz 59 w I półroczu 2019 r.<sup>26</sup>

Wartość świadczeń według realizowanych umów wynosiła łącznie 101 122,0 tys. zł, w tym 39 136,7 tys. zł w 2017 r.<sup>27</sup>, 40 332,3 tys. zł w 2018 r. oraz 21 653,0 tys. zł w I półroczu 2019 r. Wartość świadczeń w ramach opieki stacjonarnej<sup>28</sup> wynosiła łącznie 58 266,0 tys. zł<sup>29</sup>, a świadczeń realizowanych w warunkach domowych łącznie 42 856,0 tys. zł<sup>30</sup>.

Całkowite wydatki na świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, obejmujące koszty z tytułu udzielania świadczeń, koszty wynikające z rozliczeń międzyoddziałowych oraz koszty wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych, wynosiły 116 966,3 tys. zł, w tym 46 136,5 tys. zł (99,4% planowanych) w 2017 r., 45 723,0 tys. zł (98,3% planowanych) w 2018 r. oraz 25 106,7 tys. zł w I półroczu 2019 r. (89,8% planowanych).

(akta kontroli str. 138-145)

Łączna wartość niewykonanych świadczeń w ramach zawartych kontraktów wynosiła 85,1 tys. zł, w tym:

- 6,6 tys. zł w 2018 r.; dotyczyło to czterech świadczeniodawców, w tym jednego realizującego świadczenia w formie stacjonarnej – 2,4 tys. zł oraz trzech realizujących świadczenia w formie domowej – łącznie 4,2 tys. zł,
- 78,5 tys. zł w I półroczu 2019 r.; dotyczyło to 12 świadczeniodawców, w tym dwóch realizujących świadczenia w formie stacjonarnej – łącznie 54,6 tys. zł oraz 10 realizujących świadczenia w formie domowej – łącznie 23,9 tys. zł.

(akta kontroli str. 139)

Kwoty wypłacone za świadczenia wykonane ponad ustalone limity wynosiły łącznie 8 084,7 tys. zł, w tym 3 062,4 tys. zł w 2017 r. (7,8% wartości ogółu kontraktów) i 5 022,3 w 2018 r. (12,4%). Opłacone nadwykonania w kategorii stacjonarna opieka długoterminowa wynosiły 1 785,4 tys. zł (688,4 tys. zł w 2017 r. i 1 097,0 tys. zł

<sup>26</sup> Z powodu braku odpowiednich świadczeniodawców, OW NFZ w Olsztynie nie kontraktował dwóch spośród siedmiu zakresów świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej określonych przez Prezesa NFZ, tj. świadczeń w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla dzieci i młodzieży/opiekuńczo-leczniczym dla dzieci i młodzieży oraz świadczeń w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla dzieci wentylowanych mechanicznie/opiekuńczo-leczniczym dla dzieci wentylowanych mechanicznie.

<sup>27</sup> Wzrost w stosunku do 2016 r. o 4%.

<sup>28</sup> Liczba łóżek zgłaszana przez świadczeniodawców systematycznie rosła i wynosiła 616 w 2017 r., 635 w 2018 r. oraz 641 w I półroczu 2019 r.

<sup>29</sup> W tym 22 886,3 tys. zł w 2017 r., 23 440,9 tys. zł w 2018 r. i 11 938,8 tys. zł w I półroczu 2019 r.

<sup>30</sup> W tym 16 250,4 tys. zł w 2017 r., 16 891,4 tys. zł w 2018 r. oraz 9 714,2 tys. zł w I półroczu 2019 r.

w 2018 r.), a w kategorii opieka długoterminowa w warunkach domowych łącznie 6 299,3 tys. zł (2 374,0 tys. zł w 2017 r. i 3 925,3 tys. zł w 2018 r.)<sup>31</sup>.

Przy rozliczaniu świadczeń ponadlimitowych stosowano wytyczne i ustalenia Centrali NFZ oraz zasady określone przez Dyrektora OW NFZ w zarządzeniach wewnętrznych<sup>32</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. Finansowanie świadczeń ponadlimitowych uzależnione było od wysokości zaoszczędzonych środków finansowych, priorytetowości zadań i wartości nadwykonań. Stosowano również zasadę odkupienia wszystkich świadczeń z redukcją ceny.

Zrealizowane świadczenia ponadlimitowe dla poszczególnych zakresów świadczeń w ramach opieki długoterminowej opłacane były w wysokości od 40% (świadczenia w pielęgniarstwie długoterminowej domowej) do 100% (m.in. świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla dzieci wentylowanych mechanicznie, świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie i zakładzie opiekuńczo-leczniczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie).

W latach 2017-2018 ze świadczeniodawcami zawarto łącznie 108 ugód, w tym: 64 dotyczących świadczeń zrealizowanych w 2017 r. łącznej o wartości 3 062,4 tys. zł oraz 44 dotyczących świadczeń zrealizowanych w 2018 r. o wartości 5 022,3 tys. zł.

(akta kontroli str. 140-142, 146-147, 159-187)

Według Dyrektora OW NFZ, w sytuacji występowania świadczeń wykonanych ponad ustalone limity oraz świadczeń niewykonanych dokonywano zmiany struktury zakontraktowanych świadczeń, polegającej na zwiększeniu kwoty zobowiązania w poszczególnych zakresach, przy jednoczesnym zmniejszeniu kwoty zobowiązania ustalonej dla pozostałych zakresów świadczeń. W celu efektywnego wykorzystania środków dokonywano również zmniejszenia wartości umowy do wysokości rzeczywistego wykonania, a uwolnione środki przeznaczano na zwiększenie poziomu finansowania umów, w których wystąpiły nadwykonania. W 2017 r. dokonano 24 zmian w zawartych umowach, w 2018 r. 10 zmian, a w I półroczu 2019 r. ośmiu zmian. Na zakończenie okresu rozliczeniowego, w przypadku niewykonania zakontraktowanych świadczeń, dokonywano uwolnienia niewykorzystanych środków z umów. Odbywało się to na podstawie pisemnych zgód świadczeniodawców. Pozyskane środki finansowe przeznaczano na opłacanie świadczeń wykonanych ponad ustalone limity.

(akta kontroli str. 146-147)

**2.2.** Statystyczne sprawozdania miesięczne przedkładane przez świadczeniodawców do OW NFZ poprzez portal SZOI 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

---

<sup>31</sup> Zaden z świadczeniodawców realizujących umowy dotyczące świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych nie dochodził na drodze sądowej swoich roszczeń dotyczących zrealizowanych nadwykonań w latach 2017-2018.

<sup>32</sup> Zarządzenia Dyrektora W-M OW NFZ nr 7/2018 z dnia 18 stycznia 2018 r., nr 12/2018 z dnia 14 lutego 2018 r. oraz nr 37/2019 z dnia 25 marca 2019 r.

jego zakończenia). Świadczenia poprawnie walidowane<sup>33</sup> były importowane do systemu informatycznego i poddawane procesowi weryfikacji. Był to proces automatyczny, a definiowanie jego warunków określone było przez Centralę NFZ<sup>34</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.

W latach 2017-2019 (I półrocze), w wyniku automatycznej walidacji i weryfikacji, Oddział zakwestionował łącznie 4 844 świadczeń na kwotę 965,8 tys. zł, co stanowiło 0,9 % wartości wszystkich opłaconych świadczeń.

(akta kontroli str. 146-158, 188)

**2.3.** Monitoring celowości udzielanych świadczeń w ramach zawieranych umów świadczeń prowadzony był na etapie postępowań konkursowych oraz w procesie aneksowania umów na kolejne okresy rozliczeniowe. Oddział dokonywał m.in. analiz dotyczących kadry świadczeniodawców oraz dostępności do badań diagnostycznych. Ponadto, zmiany warunków umów wprowadzane przez świadczeniodawców na Portalu SZOI, dotyczące m.in. podwykonawstwa oraz posiadanego potencjału sprzętowego i kadrowego, wymagały akceptacji Oddziału i zawarcia aneksu do umowy. 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).

Opracowywaniem rocznych planów kontroli zajmował się stały zespół powołany przez Dyrektora OW NFZ 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 i przekazywano do Centrali NFZ.

OW NFZ kontrolował realizację umów o udzielanie świadczeń w zakresie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej w toku kontroli planowych<sup>35</sup> i pozaplanowych. Łącznie przeprowadzono 13 takich kontroli, w tym:

- dwie kontrole w 2017 r. u świadczeniodawców świadczących usługi w warunkach domowych,
- siedem w 2018 r., w tym sześć kontroli w podmiotach świadczących usługi w warunkach domowych i jedną w podmiocie realizującym świadczenia w formie stacjonarnej,

---

<sup>33</sup> Świadczeniodawcy otrzymywali komunikaty o niepoprawnych świadczeniach, które nie zostały zaimportowane do systemu informatycznego OW NFZ.

<sup>34</sup> Zdefiniowane przez Centralę NFZ reguły importowane były do systemów poszczególnych oddziałów NFZ i wykorzystywane w procesach sprawdzających poprawność świadczeń.

<sup>35</sup> Plany kontroli na lata 2017-2019 (I półrocze) zostały zrealizowane w całości.

- cztery kontrole w I półroczu 2019 r., po dwie w podmiotach świadczących usługi w warunkach domowych i realizującym świadczenia w formie stacjonarnej.

Wartość skontrolowanych umów wynosiła:

- 541,6 tys. zł w 2017 r., tj. 1,4% ogólnej wartości umów w zakresie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej,
- 3 701,9 tys. zł w 2018 r., tj. 9,2% ogólnej wartości umów,
- 2 322,9 tys. zł w I półroczu 2019 r., tj. 10,8% ogólnej wartości umów.

Spośród 13 skontrolowanych podmiotów udzielających świadczeń w zakresie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, działalność trzech oceniono pozytywnie, sześciu – pozytywnie z uchybieniami, trzech – pozytywnie z nieprawidłowościami, a jeden podmiot oceniono negatywnie.

Do najczęściej stwierdzanych nieprawidłowości u świadczeniodawców należało:

- nierzetelne wykazywanie w raportach statystycznych wykonanych świadczeń,
- prowadzenie zbiorczej i indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów niezgodnie z obowiązującymi przepisami,
- przekazywanie do OW NFZ niezweryfikowanych sprawozdań, zawierających niezgodności pomiędzy raportami statystycznymi a prowadzoną dokumentacją medyczną,
- niezgłaszanie zmian formalno-prawnych prowadzonej działalności i nieaktualizowanie danych o potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, w tym osób faktycznie udzielających świadczeń zdrowotnych.

W wyniku przeprowadzonych kontroli sformułowano łącznie 31 wniosków pokontrolnych, na trzy podmioty nałożono kary umowne w łącznej kwocie 1,5 tys. zł (zostały one uiszczone przez świadczeniodawców), a od dwóch podmiotów zażądano zwrotu łącznie 7,0 tys. zł za nienależne pobranie kwot z tytułu zakwestionowania świadczeń opieki zdrowotnej (świadczeniodawcy zwrócili żądane kwoty na rachunek OW NFZ).

W kontrolowanym okresie Oddział nie występował do prokuratury lub Policji z zawiadomieniem o podejrzeniu popełnienia przestępstwa lub wykroczenia w związku z kontraktowaniem oraz realizacją świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

(akta kontroli str. 146-149,189-196)

**2.4.** W latach 2017-2019 (I półrocze) do OW NFZ nie wpływały skargi dotyczące realizacji świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

(akta kontroli str. 197)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

W okresie objętym kontrolą systematycznie rosła wartość środków przeznaczanych na realizację świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, realizowanych zarówno w warunkach stacjonarnych jak i w warunkach domowych. Oddział monitorował i nadzorował realizację umów przez świadczeniodawców oraz prawidłowo reagował w sytuacjach niewykonywania świadczeń w ramach zawartych kontraktów lub wykonywania świadczeń ponad ustalone limity. Kontrolowano również wykonywanie umów przez świadczeniodawców, a liczba przeprowadzanych kontroli oraz wartość skontrolowanych umów corocznie wzrastała.

## IV. Uwagi i wnioski

W związku z niestwierdzeniem nieprawidłowości, Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje uwag ani wniosków.

## 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.

Olsztyn, 15 listopada 2019 r.

kontroler  
Piotr Stupienko  
doradca ekonomiczny

.....  
*podpis*

Dyrektor Delegatury  
Najwyższej Izby Kontroli w Olsztynie  
Piotr Górny

.....  
*podpis*