



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Opolu

LOP.410.010.01.2018

Robert Bryk
Dyrektor
Opolski Oddział Wojewódzki Narodowego
Funduszu Zdrowia
45-315 Opole, ul. Głogowska 37

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

zmienione zgodnie z treścią uchwały nr KPK-KPO.443.017.2019 Komisji Rozstrzygającej
z dnia 14 lutego 2019 r.

P/18/063 - Zapewnienie opieki paliatywnej i hospicyjnej

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Opolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, 45-315 Opole ul. Głogowska 37 ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Robert Bryk, Dyrektor, od 12 grudnia 2016 r. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnili: Tomasz Uher Dyrektor w okresie od 1 grudnia 2014 r. do 27 kwietnia 2016 r. oraz Grażyna Kowcun pełniąca obowiązki Dyrektora w okresie od 27 kwietnia 2016 r. do 11 grudnia 2016 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Planowanie świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej 2. Kontraktowanie świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej 3. Rozliczanie świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej
Okres objęty kontrolą	2015-2018 (I połowa), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed lub po tym okresie, jeśli zdarzenia mające wówczas miejsce miały wpływ na zjawiska będące przedmiotem kontroli lub były ich konsekwencją
Podstawa prawna podjęcia kontroli	art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ²
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Opolu
KontrolerzyKontrolerzyKontrolerzy	1. Agnieszka Roszczak-Fedorowicz, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOP/91/2018 z 14 września 2018 r. 2. Wojciech Goleński, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOP/81/2018 z 30 sierpnia 2018 r. 3. Miron Rokujżo, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LOP//2018 z 30 sierpnia 2018 r.

(akta kontroli str. 1-6)

¹ Dalej: OOW NFZ lub Oddział.

² Dz. U. z 2017 r. poz. 524 ze zm., dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna³ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

Planowanie przez Oddział świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej⁴ było poprzedzone analizami obejmującymi m.in. potencjał wykonawczy świadczeniodawców i roczne rozliczanie umów o udzielanie takich świadczeń opieki zdrowotnej, w tym w odniesieniu do liczby pacjentów objętych opieką. Pomimo tego, że na realizację ww. świadczeń Oddział przeznaczał co roku więcej środków, świadczeniodawcy wykazywali nadwykonania, co skutkowało aneksowaniem zawartych umów. Dostrzegając zawieranie ugód i aneksów 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, które są w obecnym stanie prawnym świadczeniami limitowanymi.

Członkom Komisji konkursowej powołanej w celu przeprowadzenia postępowań w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie OPH, zapewniono odpowiednie warunki do rzetelnej oceny ofert. Postępowania te, co do zasady, zostały przeprowadzone prawidłowo. Stwierdzona w tym obszarze nieprawidłowość dotyczyła nierzetelnej weryfikacji potencjału wykonawczego oferenta (czasu pracy psychologa w poradni medycyny paliatywnej), co również odzwierciedlone zostało w zawartej z tym podmiotem umowie. W pozostałym zakresie rzetelnie weryfikowano spełnienie przez oferentów warunków zapewnienia jakości, kompleksowości, dostępności i ciągłości świadczeń. W Oddziale zapewnione zostały odpowiednie warunki do przeprowadzenia negocjacji w ramach niejawniej części konkursów. Stwierdzono jednak, że Komisja konkursowa nie sporządzała pisemnych uzasadnień, co do obniżenia liczby i wartości świadczeń proponowanych w ofertach. W ocenie NIK, podział środków pomiędzy oferentów, dokonywany w ramach procedury konkursowej, był transparentny.

W okresie objętym kontrolą OOW NFZ zapewnił finansowanie świadczeń OPH we wszystkich zakresach na całym obszarze województwa opolskiego. Tym samym zapewniona została dostępność do takich świadczeń, której poziom różnił się jednak w zależności od powiatu. Należy także zauważyć, że ceny jednostkowe od 2017 r. należały do najniższych w kraju.

W OOW prowadzono monitoring zawartych umów o udzielenie świadczeń OPH polegający m.in. na bieżącej weryfikacji potencjału wykonawczego. W ograniczonym zakresie prowadzone były natomiast kontrole świadczeniodawców.

Odnosząc się do ustaleń kontroli NIK zauważa, że aneksowanie przez Oddział NFZ umów do 31 grudnia jest utrudnione m.in. z powodu dokonywania zmian w planie finansowym NFZ w II połowie grudnia oraz sprawozdawania wykonanych świadczeń za grudzień dopiero w styczniu następnego roku. Izba zwracała się do Ministra Zdrowia z wnioskami o systemowe rozwiązanie problemu finansowania świadczeń wykonanych ponad ustalone w umowach limity⁵.

³ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁴ Dalej: OPH.

⁵ M.in. w informacji o wynikach kontroli pt. „Dostępność i finansowanie rehabilitacji leczniczej” (37/2014/P/13/131/KZD) z 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.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe⁶ kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Planowanie świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej

Opis stanu faktycznego

W okresie objętym kontrolą na terenie województwa opolskiego świadczenia OPH w ramach umów zawartych z Oddziałem⁷ udzielane były przez świadczeniodawców w warunkach: a/ stacjonarnych (świadczenia udzielane przez podmioty lecznicze dysponujące łózkami w hospicjach stacjonarnych i oddziałach medycyny paliatywnej); b/ domowych (świadczenia udzielane w ramach hospicjum domowego); c/ ambulatoryjnych (świadczenia udzielane w ramach poradni medycyny paliatywnej). Realizacja świadczeń OPH odbywała się w następujących zakresach: porada w poradni medycyny paliatywnej, świadczenia w hospicjum domowym, świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci, świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym. Świadczenia w ramach opieki stacjonarnej realizowane były przez pięć podmiotów, które dysponowały łącznie 75 łózkami⁸ (w tym 30 łózek w hospicjum stacjonarnym i 45 łózek w oddziale medycyny paliatywnej). Świadczenia w zakresie opieki w warunkach domowych dla dorosłych realizowało osiem podmiotów, a dla dzieci – jeden. W zakresie opieki ambulatoryjnej świadczenia realizowane były przez pięć podmiotów w ramach poradni opieki paliatywnej. Łącznie ww. świadczeń udzielało 11 podmiotów.

W sporządzonych przez Oddział, w okresie objętym kontrolą, planach zakupu świadczeń (o których mowa art. 107 ust. 5 pkt 3a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁹), wykazywano m.in. cel główny i cele szczegółowe, priorytety centralne i regionalne; wyniki analizy: sytuacji demograficznej województwa (m.in. udział procentowy ludności w wieku 65 lat w ogólnej liczbie mieszkańców województwa, przeciętna długość życia, przyrost naturalny), sytuacji epidemiologicznej (m.in. w zakresie głównych przyczyn zgonów, umieralności na choroby nowotworowe w zależności od wieku, zachorowalności w różnych grupach wiekowych), sytuacji epidemiologicznej w zakresie chorób psychicznych i dostępności świadczeń na obszarze województwa opolskiego (obejmowały rozmieszczenie świadczeniodawców, realizację umów), a także przyczyny hospitalizacji. Przy tworzeniu ww. planów Oddział korzystał m.in. z przyjętych w NFZ priorytetów centralnych i regionalnych. W latach 2015-2017 jeden z przyjętych priorytetów regionalnych dotyczył zapewnienia dostępu do świadczeń pacjentom w stanie terminalnym¹⁰. Był on realizowany w ramach świadczeń udzielanych w rodzaju OPH¹¹. W 2018 r. ww. priorytet został zastąpiony priorytetem pn. Perinatalna opieka paliatywna¹².

(akta kontroli str. 191-494, 498-504, 515-519)

⁶ 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.

⁷ Zwane w dalszej części wystąpienia również kontraktami.

⁸ Wszystkie wykazane w rejestrze prowadzonym przez Wojewodę Opolskiego.

⁹ Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 ze zm. Dalej: ustawa o świadczeniach.

¹⁰ Nazwa priorytetu w badanym okresie była zmieniana. W 2015 r. priorytet pn. Zabezpieczenie dostępu do świadczeń dla pacjentów w stanach terminalnych, w 2016 r. priorytet pn. Zapewnienie pełnej dostępności do świadczeń pacjentom w stanie terminalnym, a w 2017 r. – Opieka nad pacjentem w stanie terminalnym.

¹¹ Dla ww. priorytetu określono cel, sposoby realizacji oraz mierniki służące do oceny jego realizacji, tj. m.in.: a/ analiza i wartość zawartych umów, b/ porównanie z poprzednimi latami wartości zawartych umów oraz liczby pacjentów objętych opieką w poszczególnych zakresach i z podziałem na powiaty, przy wskaźniku wynoszącym w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców powiatu/województwa.

¹² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 stycznia 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. poz. 236) wprowadziło nowy zakres świadczeń: perinatalna opieka paliatywna, którego finansowanie zostało uwzględnione w planie zakupu świadczeń na rok 2018.

W przypadku umów obowiązujących w okresie od 2015 r. do 30 czerwca 2018 r. obszar kontraktowania we wszystkich zakresach świadczeń OPH zdefiniowany został na poziomie województwa (z uwagi na ograniczoną liczbę podmiotów realizujących świadczenia w rodzaju OPH w poszczególnych zakresach oraz ich rozmieszczenie terytorialne w województwie). W przeprowadzonych postępowaniach w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert, zakończonych w pierwszej połowie 2018 r., dla umów o udzielanie świadczeń obowiązujących od 1 lipca 2018 r. do 30 czerwca 2023 r., obszar kontraktowania w zakresie hospicjum domowego i stacjonarnego oraz poradni medycyny paliatywnej zdefiniowano do grupy powiatów. W pozostałych zakresach (świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci i w 2018 r. perinatalna opieka paliatywna), podobnie jak w latach ubiegłych, z uwagi na małą liczbę podmiotów realizujących świadczenia oraz ich rozmieszczenie, zdefiniowano na poziomie województwa.

(akta kontroli str. 496-497)

W planach zakupu świadczeń w rodzaju OPH (w każdym roku objętym kontrolą) wskazano, że w celu właściwego zabezpieczenia dostępności do ww. świadczeń oraz dla ustalenia właściwej liczby jednostek rozliczeniowych i poziomu finansowania świadczeń Oddział analizował m.in.: a/ rzeczywiste wykonanie umów z uwzględnieniem prognozy wynikającej z danych epidemiologicznych (wykonanie kontraktów w okresie styczeń-czerwiec w przeliczeniu na 12 miesięcy); b/ potencjał wykonawczy w zakresie liczby łóżek w hospicjach stacjonarnych/oddziałach medycyny paliatywnej i aktualną liczbę pacjentów objętych opieką według stanu na I półrocze; c/ taryfy zaproponowane przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji¹³ wprowadzone Zarządzeniami Prezesa NFZ. Przy sporządzaniu ww. planów korzystano również z rocznych analiz realizacji umów w rodzaju OPH, w tym zapewniania dostępności do świadczeń pacjentom w stanie terminalnym. W analizie sporządzonej za 2017 r. zawarto m.in. informację dotyczącą liczby pacjentów korzystających ze świadczeń w rodzaju OPH w poszczególnych zakresach świadczeń. I tak, stwierdzono, że przy uwzględnieniu wskaźnika – liczba porad/pacjentów na 10 tys. mieszkańców:

- w poradni medycyny paliatywnej – sukcesywnie spadała liczba pacjentów z 2,02 w 2015 r. do 1,68 w 2017 r.;
- w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym – zmniejszyła się liczba pacjentów z 10 w 2015 r. do 9 w 2017 r.;
- w hospicjum domowym dla dzieci – liczba pacjentów kształtowała się na zbliżonym poziomie wynoszącym od 0,31 pacjentów w 2015 r. do 0,38 pacjentów w 2017 r.;
- w hospicjum domowym dla dorosłych – liczba pacjentów wzrosła z 15 w 2015 r. do 19 w 2017 r.; średni czas opieki nad pacjentem w tym zakresie wynosił w 2015 r. 95 dni, a w 2017 r. 112 dni.

W latach 2015-2018 (I półrocze) po każdym zakończonym kwartale Oddział dokonywał analiz realizacji umów w rodzaju OPH. W ich wyniku świadczeniodawcy realizujący ww. świadczenia mieli możliwość (na podstawie pisemnego wniosku do Dyrektora Oddziału) ubiegać się o uzyskanie środków za nadwykonane świadczenia, co następowało w drodze aneksowania umowy. W objętym kontrolą okresie wszystkie złożone wnioski rozpatrywane były pozytywnie.

(akta kontroli str. 236-238, 255-263, 315-319, 336-353, 421-428)

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że Oddział Funduszu sporządzając plan zakupu na dany rok w oparciu o plan finansowy dla rodzaju OPH uwzględniał wartość

¹³ Dalej: AOTMiT.

zakończonych świadczeń za rok poprzedni, poziom ich realizacji (...) w latach poprzednich, potencjał wykonawczy świadczeniodawców, liczbę pacjentów objętych na dzień sporządzania planu zakupu oraz liczbę łóżek w hospicjach stacjonarnych zarejestrowanych w księdze rejestrowej podmiotów leczniczych. (...) Mając na uwadze posiadane środki zabezpieczone na ten cel w planie finansowym Oddziału na dany rok dla rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna tut. Oddział na bieżąco monitorował poziom realizacji umów i reagował na każdy wniosek świadczeniodawcy, podejmując działania mające na celu zwiększenie poziomu finansowania świadczeń wg ich rzeczywistego wykonania (...).

(akta kontroli str. 608)

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych Oddziału wyjaśniła, że w 2014 r. w ramach prowadzonych postępowań konkursowych w rodzaju OPH (jak i w latach następnych) Oddział uwzględnił opinię Konsultanta Wojewódzkiego w Dziedzinie Medycyny Paliatywnej¹⁴ (przekazaną w piśmie z dnia 27 sierpnia 2012 r.), w której wskazano m.in. na priorytetowe potraktowanie domowej opieki paliatywnej. Ww. osoba stwierdziła też, że plan zakupu świadczeń, jak i wartość umów w rodzaju OPH jest corocznie zwiększana, a największy wzrost w zakresie realizacji tych świadczeń dotyczył domowej opieki paliatywnej.

(akta kontroli str. 508, 509-511)

W rocznych raportach Konsultanta z działalności na terenie województwa opolskiego za lata 2016-2017 wskazano, m.in. w ocenie dostępności – niewielką poprawę (w raporcie z 2016 r.) i niezadowalającą poprawę (w raporcie za rok 2017 r.)¹⁵. W raporcie za rok 2016 r. zamieszczono również informację o spotkaniu Konsultanta z kierownictwem Oddziału, które dotyczyło realizacji kontraktów z zakresu specjalistycznej opieki paliatywnej.

(akta kontroli str. 535-544)

Konsultant w przekazanej w trakcie kontroli NIK informacji¹⁶ wskazała m.in., że: raporty roczne z działalności Konsultanta nie były przekazywane do Oddziału, a jedynie do Opolskiego Urzędu Wojewódzkiego i Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Medycyny Paliatywnej (zdaniem Konsultanta, ww. Urząd powinien przekazać te raporty do Oddziału). Konsultant poinformowała też, że Oddział nie zwracał się o opinię w sprawie dostępności i zapotrzebowania na świadczenia z zakresu OPH w województwie opolskim oraz, że w dniu 16 listopada 2016 r. odbyło się spotkanie w Oddziale z jego kierownictwem.

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że (...) w siedzibie tut. Oddziału odbywały się spotkania Pani Konsultant z Dyrekcją Opolskiego Oddziału dotyczące dostępności opieki paliatywnej na obszarze województwa opolskiego. Z jednego z tych spotkań została sporządzona notatka służbowa przez Naczelnika Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej.

(akta kontroli str. 509-511, 534, 545)

Według notatki służbowej sporządzonej przez Naczelnika Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej Oddziału ze spotkania z Konsultantem (które odbyło się w dniu 10 września 2015 r.) wynikało, że przedmiotem rozmów był m.in. poziom finansowania świadczeń w rodzaju OPH. W trakcie spotkania Konsultant wyraziła swoją gotowość do udziału w kontrolach prowadzonych przez Oddział oraz do

¹⁴ Dalej: Konsultant.

¹⁵ Konsultant uznała dostępność do świadczeń za niezadowalającą i wskazała na braki jednostek opieki paliatywnej w 42% powiatów, niewystarczającą bazę szpitalną i liczbę poradni specjalistycznych (bez wskazania jakich powiatów dotyczą ustalenia oraz bez podania wyznacznika do uznania za niewystarczającą liczbę łóżek i poradni, w raportach brak było również wskazania liczby pacjentów potrzebujących lub oczekujących na uzyskanie świadczeń OPH).

¹⁶ Informacja przekazana w trybie art. 29 ust. 1 pkt. 2 lit. f ustawy o NIK.

przekazywania ustaleń z własnych kontroli. W korespondencji prowadzonej z Konsultantem znajdowało się m.in. pismo z dnia 25 lutego 2015 r., w którym przekazano Konsultantowi wykaz świadczeniodawców realizujących świadczenia w rodzaju OPH oraz korespondencja mailowa dotycząca terminu wspólnej kontroli (31 grudnia 2015 r. – 26 lutego 2016 r.). Z uwagi na brak ostatecznego uzgodnienia dogodnego dla stron terminu, wspólna kontrola nie została przeprowadzona.

(akta kontroli str. 622-625, 579-582)

W okresie objętym kontrolą Oddział podejmował działania polegające na informowaniu pacjentów o możliwości korzystania ze świadczeń OPH. Na stronie internetowej tej jednostki (w zakładce Informator w 2016 r.) zamieszczono dokument pn. Informator o świadczeniach dla osoby obłożnie chorej, w podeszłym wieku, niesamodzielnej. Został on opracowany przez pracowników Oddziału przy współpracy Konsultanta Wojewódzkiego w Dziedzinie Pielęgniarstwa Przewlekłe Chorych i Niepełnosprawnych (według danych na dzień 9 października 2015 r.). W dokumencie tym zamieszczone zostały informacje dotyczące rodzajów opieki oferowanej przez NFZ dla osób obłożnie chorych, w podeszłym wieku i osób niesamodzielnych, zasady udzielania świadczeń oraz wykaz świadczeniodawców z danymi teleadresowymi (dane te były na bieżąco modyfikowane).

(akta kontroli str. 597-606)

Pierwotny poziom finansowania umów zawartych na lata 2015-2018 (I półrocze) w rodzaju OPH¹⁷ wzrósł z 9 707,5 tys. zł w 2015 r. do 14 912,5 tys. zł w 2017 r. (tj. o 53,6 %). Poziom ten zmieniał się również w poszczególnych zakresach, wykazując w większości przypadków tendencję wzrostową (co wynikało m.in. z większej liczby świadczeń lub/i zwiększenia ich ceny jednostkowej), i tak:

- porada w poradni medycyny paliatywnej: z 66,3 tys. zł w 2015 r. do 90,3 tys. zł w 2017 r. (odpowiednio: liczba świadczeń¹⁸ – 2 002 i 1 962, średnia cena jednostkowa – 33,13 zł i 46,05 zł);

- świadczenia w hospicjum domowym dla dorosłych: z 3 695,3 tys. zł w 2015 r. do 6 398,7 tys. zł w 2017 r. (odpowiednio: liczba świadczeń – 86 838 i 136 145, średnia cena jednostkowa 42,55 zł i 47 zł);

- świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci: z 508 tys. zł w 2015 r. do 524,8 tys. zł w 2017 r. (odpowiednio: liczba świadczeń – 6 774 i 11 096, średnia cena jednostkowa 75 zł i 47,3 zł¹⁹);

- świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym: z 5 437,8 tys. zł w 2015 r. do 7 898,6 tys. zł w 2017 r. (odpowiednio: liczba świadczeń – 25 292 i 166 989, średnia cena jednostkowa 215 zł i 47,30 zł²⁰).

W przypadku świadczeń udzielanych w zakresach: hospicjum domowego dla dzieci oraz hospicjum stacjonarnego, powodem spadku ceny jednostkowej (z 75 zł na 47,3 zł i z 215 zł na 47,3 zł) było ustalenie w 2017 r. taryfy świadczeń zgodnie z Zarządzeniem Nr 116/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 listopada 2016 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna, które wprowadziło taryfy zgodnie z obwieszczeniem Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna. W latach 2015-2018 (stan na 30 czerwca) Oddział na realizację świadczeń w rodzaju OPH wydatkował

¹⁷ 9 707,5 tys. zł w 2015 r., 11 078,2 tys. zł w 2016 r., 14 912,5 tys. zł w 2017 r. i 8 284,3 tys. zł według stanu na 30 czerwca 2018 r.

¹⁸ Świadczeń i/lub jednostek rozliczeniowych.

¹⁹ Przy zastosowanej wadze 1,6 – 75,68 zł za osobodzień.

²⁰ Przy zastosowanej wadze 6,1.

łącznie 55 696,9 tys. zł, w tym 53 308,6 tys. zł²¹ za zrealizowane świadczenia (udzielonych zostało 965 797,4 tys. świadczeń²²) i 2 388,3 tys. zł na podwyżki dla pielęgniarek. W okresie objętym kontrolą środki wydatkowane w poszczególnych zakresach świadczeń w rodzaju OPH wynosiły: 204,1 tys. zł na porady w poradni medycyny paliatywnej, 28 706,3 tys. zł na świadczenia w hospicjum domowym dla dorosłych, 1 822,7 tys. zł na świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci i 22 575,5 tys. zł na świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym. Ostateczne wydatki na świadczenia w rodzaju OPH wzrosły z 12 174,5 tys. zł w 2015 r. do 18 262,8 tys. zł w 2017 r. (tj. o 50%).

(akta kontroli str. 515-519, 520, 524)

Poziom finansowania świadczeń w rodzaju OPH co roku wzrastał w trzech zakresach świadczeń, tj.:

a/ świadczenia w hospicjum domowym dla dorosłych: z 6 116 tys. zł w 2015 r. (143 052 świadczeń) do 9 946 tys. zł w 2017 r. (210 903 świadczeń);

b/ świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci: z 483,1 tys. zł w 2015 r. (6 442 świadczeń) do 588 tys. zł w 2017 r. (12 432 świadczeń);

c/ świadczenia udzielane w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym: z 5 526,1 tys. zł w 2015 r. (25 703 świadczeń) do 7 661,8 tys. zł w 2017 r. (161 983,15 świadczeń).

W badanym okresie świadczenia objęte umowami nie zostały w pełni realizowane głównie w poradni medycyny paliatywnej. W 2015 r. nie wykonano 547 takich świadczeń²³ na kwotę 18,5 tys. zł, a w 2017 r. 500,76 świadczeń²⁴ na kwotę 23,38 tys. zł.

(akta kontroli str. 515-519, 520, 524)

Na podstawie danych dotyczących zawartych umów i ich wykonania stwierdzono, że w rodzaju OPH w zakresie hospicjum domowego dla dorosłych, w każdym roku objętym kontrolą świadczeniodawcy wykazywali nadwykonania świadczeń/jednostek rozliczeniowych znacznie przekraczające (powyżej 40%) wartości umów pierwotnych (w 2015 r. o 58%, w 2016 r. – 40%, w 2017 r. – 53% i o 34% według stanu na 30 czerwca 2018 r.)²⁵. W zakresie porad udzielanych w poradni medycyny paliatywnej w każdym roku objętym badaniem stwierdzono natomiast niewykonanie świadczeń wynoszące odpowiednio: 26% w 2015 r., 27% w 2016 r., 26% w 2017 r. i 17% według stanu na 30 czerwca 2018 r.

(akta kontroli str. 519, 667)

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że *Zadaniem Funduszu jest zabezpieczenie ubezpieczonym na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przy czym zadanie to Fundusz jest zobowiązany wykonywać w ramach posiadanych środków finansowych. (...) OOW NFZ dysponując ściśle określonymi środkami musi dostosować ilość kontraktowanych świadczeń do posiadanych środków. Jednakże pozyskując w ciągu roku dodatkowe środki finansowe (zmiany planu finansowego Oddziału), dokonuje renegotiacji umów po każdym kwartale do wysokości rzeczywistego wykonania. Zwiększone zapotrzebowanie na świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej wynikają z danych epidemiologicznych wskazujących na*

²¹ 12 174,5 tys. zł w 2015 r., 13 382,5 tys. zł w 2016 r., 18 262,8 tys. zł w 2017 r., 9 488,8 tys. zł według stanu na 30 czerwca 2018 r.

²² Odpowiednio: 294 376 tys. świadczeń udzielanych w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym, 637 174 tys. świadczeń udzielanych w zakresie hospicjum domowego dla dorosłych, 30 956,4 tys. świadczeń udzielanych w zakresie hospicjum domowego dla dzieci i 5 182 tys. świadczeń udzielanych w zakresie poradni medycyny paliatywnej.

²³ Wykonano 1 485 świadczeń – 48,8 tys. zł.

²⁴ Wykonano 1 461 świadczeń – 66,97 tys. zł.

²⁵ Nadwykonania zostały zapłacone przez Oddział NFZ – po rozliczeniach kwartalnych i rocznym.

wzrost zachorowań na choroby nowotworowe oraz coraz to lepszych technologii medycznych stosowanych w opiece paliatywnej oraz jakości opieki nad pacjentem w stanie terminalnym, co skutkuje dłuższym okresem przeżywalności tej grupy pacjentów. W związku z tym, że świadczenia w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna są w dla OOW NFZ świadczeniami priorytetowymi, wszystkie udzielone świadczenia zostały sfinansowane poprzez aneksowanie obowiązujących umów.

(akta kontroli str. 665, 673-674)

Zarządzeniem nr 51/2014 Dyrektora Oddziału NFZ z 11 marca 2014 r. w sprawie zatwierdzania ogłoszeń i harmonogramów w trybie Konkursu Ofert, w skład Komisji konkursowej właściwej do przeprowadzenia postępowania poprzedzającego zawarcie umów o udzielenie świadczeń w rodzaju OPH powołanych zostało pięciu pracowników Oddziału²⁶. Komisja przeprowadziła siedem postępowań²⁷:

- cztery postępowania – w okresie od 28 marca 2014 r. do 30 maja 2014 r. (64 dni), oceniając 23 złożone oferty;
- dwa postępowania – w okresie 5 maja 2014 r. do 30 maja 2014 r. (26 dni), oceniając jedną złożoną ofertę²⁸;
- jedno postępowanie – w okresie 4 sierpnia 2014 r. do 8 sierpnia 2014 r. (pięć dni), oceniając trzy złożone oferty.

Łączna wartość złożonych ofert (5 895,1 tys. zł) przewyższała łączną wartość środków przewidzianych w ramach ww. postępowań (5 342,4 tys. zł).

(akta kontroli str. 520, 608)

Zastępca Dyrektora Oddziału ds. Służb Mundurowych wyjaśniła, że organizacja pracy komisji uzależniona była od przyjętego harmonogramu pracy komisji oraz obowiązujących terminów konkursu ofert. (...). W trakcie otwarcia ofert w części niejawniej z zasady nie zleca się dodatkowych zadań. Przed rozpoczęciem postępowania konkursowego członkowie komisji przechodzili wewnętrzne szkolenie, na którym przedstawione zostały zasady prowadzenia postępowania konkursowego, kwestie techniczne obsługi systemu informatycznego oraz szczegóły merytoryczne, przepisy prawa dotyczące danego rodzaju świadczeń (...).

(akta kontroli str. 512, 513-514)

Dyrektor Oddziału NFZ wyjaśnił, że Komisja konkursowa miała zapewnione odpowiednie warunki do prawidłowego przeprowadzenia postępowania konkursowego. Miejszem realizacji zadań komisji konkursowej była sala konferencyjna na parterze w siedziby OOW NFZ, w której znajdowały się stanowiska pracy dla poszczególnych członków komisji wyposażone w stoły, komputery, dostęp do systemu informatycznego i aplikacji wspomagających pracę komisji konkursowej oraz drukarki. Na sali były również dostępne kserokopiarki. Komisja konkursowa mogła korzystać z konsultacji Zespołu Radców Prawnych.

(akta kontroli str. 609-610)

W postępowaniu konkursowym do etapu negocjacji zaproszono wyłącznie te podmioty, których oferty spełniały wymagania wynikające z warunków zawierania umów oraz nie podlegały odrzuceniu z innych przyczyn. Podmioty, których oferty

²⁶ Przewodnicząca Komisji konkursowej OPH posiadała tytuł magistra w dziedzinie ekonomia oraz wykształcenie średnie medyczne, pozostali członkowie ww. komisji ukończyli m.in. studia podyplomowe na kierunku zarządzanie w ochronie zdrowia, prawo gospodarcze i handlowe.

²⁷ 08-14-000225/OPH/15/1/15.1180.007.11/01 porada w poradni medycyny paliatywnej, 08-14-000226/OPH/15/1/15.2180.027.04/01 świadczenia w hospicjum domowym, 08-14-000227/OPH/15/1/15. 4180.021.04/01 hospicjum stacjonarne, 08-14 000228/OPH /15/15 15.2181.027.04/01 hospicjum domowe dla dzieci, 08-14-000275/OPH/15/1/15.2181.027.04/01 hospicjum domowe dla dzieci, 08-14-000292/OPH/15/1/15.2181.027.04/01 hospicjum domowe dla dzieci, 08-14-000326/OPH/15/1/15.1180.007.11/01 porada w poradni medycyny paliatywnej.

²⁸ W jednym postępowaniu nie złożono ofert, a postępowanie to zostało unieważnione.

zostały wybrane, po zakończonym etapie negocjacji podpisały umowy na realizację świadczeń.

(akta kontroli str. 520, 608-609)

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że *Funkcjonalność systemu informatycznego do weryfikacji dokumentacji ofertowej – modułu konkurs ofert – była dobra. Nie było istotnych problemów w funkcjonowaniu systemu informatycznego w ramach prowadzonego postępowania konkursowego OPH. Zaistniałe problemy były zgłaszane na bieżąco do dostawcy oprogramowania. Nie było również konieczności ręcznej weryfikacji danych zawartych w ofertach, które mogły zostać sprawdzone automatycznie. Komisja konkursowa podczas prowadzenia postępowań konkursowych korzystała również z programów pakietu MS Office (Word, Excel).* Trzech członków Komisji konkursowej²⁹ w swoich wyjaśnieniach potwierdziło, że funkcjonowanie systemu informatycznego przy obsłudze konkursu OPH było prawidłowe i nie wskazali uwag.

Przewodnicząca Komisji konkursowej wyjaśniła, że zaplanowany czas na sprawdzenie wszystkich 27 ofert był optymalny, a praca odbywała się od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 16:00. W czasie pracy tej komisji, jej członkowie nie byli angażowani w prace innych komisji. Komisja konkursowa nie działała w czasie kumulacji postępowań z innych rodzajów świadczeń.

(akta kontroli str. 545-547, 548-550, 608-610)

W okresie objętym kontrolą w Oddziale nie określono formalnych zasad podziału środków pomiędzy oferentami w postępowaniach konkursowych dotyczących OPH. Dyrektor wyjaśnił, że *przy podziale środków pomiędzy poszczególnych oferentów brano pod uwagę: strukturę i zasoby świadczeniodawcy w kontekście zdolności do wykonania oferowanej liczby świadczeń (kwalifikacje i czas pracy personelu, posiadany sprzęt oraz liczbę łóżek w hospicjum stacjonarnym, zgodnie z wymaganiami określonymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, uzyskaną liczbę punktów w rankingu, wykonanie świadczeń w okresie poprzednim, przesunięcia pomiędzy zakresami i rodzajami świadczeń u poszczególnych świadczeniodawców. Ponadto przy podziale środków uwzględniano obszar działania poszczególnych świadczeniodawców.*

Dyrektor Oddziału wyjaśnił również, że *Komisja konkursowa w trakcie postępowania posiłkuje się procedurą konkursu ofert/rokowań oraz wytycznymi przyjętymi w trakcie planowania zakupu świadczeń. Zgodnie z procedurą konkursu ofert/rokowań nr 2014/BO/KONTR/5.10 propozycja podziału środków finansowych była przygotowywana do negocjacji w oparciu o analizę danych dotyczących pierwotnej i ostatecznej wartości kontraktu, wykonania umowy w poprzednim okresie, przesunięć środków w planie umowy pomiędzy zakresami i rodzajami świadczeń oraz struktury i zasobów świadczeniodawcy w kontekście zdolności do wykonania oferowanej liczby świadczeń, a także wymagań jakościowych zawartych w szczegółowych materiałach, z uwzględnieniem zapewnienia równomiernego dostępu do świadczeń na obszarze kontraktowania, a także pozycji oferenta osiągniętej w rankingu. Propozycja komisji konkursowej zakupu przedmiotowych świadczeń u poszczególnych świadczeniodawców wynikała z obiektywnych kryteriów i planu finansowego OOW NFZ oraz kwoty przewidzianej na prowadzone postępowanie.*

(akta kontroli str. 545-547, 607-610, 675)

²⁹ Dwóch pracowników, z pięciu wchodzących w skład Komisji konkursowej, zakończyło pracę w Oddziale.

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Planowanie przez Oddział świadczeń w rodzaju OPH było poprzedzone analizami obejmującymi m.in. potencjał wykonawczy świadczeniodawców, roczne rozliczanie umów o udzielanie świadczeń, w tym w odniesieniu do liczby pacjentów objętych opieką. Pomimo tego, że na realizację ww. świadczeń przeznaczano co roku więcej środków, świadczeniodawcy wykazywali nadwykonania, co skutkowało aneksowaniem zawartych umów.

W ocenie NIK pracownikom powołanym do komisji konkursowej zapewniono odpowiednie warunki do rzetelnej oceny ofert.

OBSZAR

2. Kontraktowanie świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej

Opis stanu
faktycznego

W objętym kontrolą okresie Oddział nie finansował świadczeń w zakresie perinatalnej opieki paliatywnej. Umowa z okresem obowiązywania od 1 lipca 2018 r. do 31 grudnia 2023 r. zawarta na realizację ww. świadczeń zaczęła obowiązywać od 1 lipca 2018 r.³⁰ Na ich realizację OOW NFZ przeznaczył w planie zakupu 310 jednostek rozliczeniowych przy cenie jednostkowej – 51,75 zł (16 042,50 zł).

W okresie objętym kontrolą przeprowadzanie postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz zawarcie umów należało do zadań dyrektora Oddziału. Umowy o udzielanie ww. świadczeń opieki zdrowotnej, realizowane w okresie objętym kontrolą, zostały zawarte w wyniku przeprowadzenia w 2014 r. siedmiu postępowań w trybie konkursu ofert. Ww. postępowania przeprowadzone zostały zgodnie z obowiązującymi w tym okresie przepisami, tj.: ustawą o świadczeniach, rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań³¹, rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej³², rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej³³, Zarządzeniem Nr 3/2014/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 23 stycznia 2014 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej³⁴, Zarządzeniem Nr 57/2013/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 2 października 2013 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej³⁵, Zarządzeniem Nr 73/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna³⁶, a także Procedurą konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej

³⁰ Umowę zawarto z jednym świadczeniodawcą (który przystąpił do konkursu). Świadczeniodawca objął opieką 12 dzieci i ich rodziców.

³¹ Dz. U. Nr 273, poz. 2719. Dalej: rozporządzenie w sprawie ogłaszania postępowań.

³² Dz. U. Nr 81, poz. 484. Dalej: rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów.

³³ Dz. U. 2013 poz. 1347. Dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych w OPH.

³⁴ Dalej: Zarządzenie Prezesa NFZ Nr 3 w sprawie kryteriów oceny ofert.

³⁵ Dalej: Zarządzenie Prezesa NFZ Nr 57 w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania i realizacji umów.

³⁶ Dalej: Zarządzenie Prezesa NFZ Nr 73 w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w OPH.

finansowanych ze środków publicznych nr 2014/001/BO/KONTR/5.10³⁷ i Regulaminem pracy komisji prowadzącej postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiącym załącznik do uchwały Rady NFZ Nr 36/2005/I z dnia 4 października 2005 r.

Przy kontraktowaniu świadczeń nie dochodziło do zjawisk wskazujących na dowolność postępowania pracowników Oddziału.

(akta kontroli str. 704-726, 737-738, 750-751, 826-862)

W trakcie ww. siedmiu postępowań, o zawarcie umowy ubiegało się 12 oferentów. W postępowaniach tych złożonych zostało łącznie 28 ofert.

Szczegółowym badaniem objęto wszystkie siedem postępowań oraz próbę 15 ofert złożonych we wszystkich czterech zakresach świadczeń w rodzaju OPH. Analiza tej dokumentacji wykazała, że:

- oferty ocenione zostały zgodnie z kryteriami oceny ofert określonymi w Zarządzeniu Prezesa NFZ Nr 3 w sprawie kryteriów oceny ofert;
- oferty spełniały wymogi i warunki udzielania świadczeń zgodnie z rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych w OPH oraz Zarządzeniem Prezesa NFZ Nr 73 w sprawie zawierania i realizacji umów w OPH (za wyjątkiem świadczeń udzielanych w poradni, co zostało opisane w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*);
- kontrolę obowiązkową przeprowadzono u jednego oferenta, tj. w podmiocie, który dotychczas nie miał zawartej umowy z OOW NFZ; w wyniku tej kontroli przeprowadzonej w miejscu realizacji świadczeń stwierdzono nieprawidłowości w zakresie wykazanego wyposażenia, co stanowiło podstawę do odrzucenia złożonej oferty na podstawie art. 149 ustawy o świadczeniach;
- sposób postępowania Komisji konkursowej, w przypadkach braków stwierdzonych w dokumentacji ofertowej był jednolity; w przypadkach, gdy oferta zawierała braki formalne, Komisja konkursowa wzywała pisemnie oferenta do ich usunięcia w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty (braki stwierdzone w 12 ofertach dotyczyły m.in. podpisów, umowy z podwykonawcą i wymaganych oświadczeń);
- w przypadku 14 ofert nieodrzuconych nie wystąpiły przesłanki uzasadniające ich odrzucenie, określone w art. 149 ustawy o świadczeniach;
- do wszystkich 14 oferentów uczestniczących w niejawniej części postępowań, wysłano zaproszenia do negocjacji z określeniem miejsca i terminu ich przeprowadzenia (3.2.2.1. Procedury, załącznik nr 29); negocjacje dotyczyły ustalenia liczby świadczeń opieki zdrowotnej i ich ceny;
- w dniu ogłoszenia wszystkich siedmiu postępowań zamieszczono stosowne ogłoszenia na tablicy informacyjnej Oddziału NFZ oraz na stronie internetowej, a także przekazano je do Okręgowej Izby Lekarskiej w Opolu i Okręgowej Izby Pielęgniarskiej w Opolu (1.6. Procedury, załącznik nr 3);
- w ramach ww. postępowań w jednym przypadku oferent wniósł protest oraz odwołanie³⁸ od rozstrzygnięcia Komisji konkursowej, a Oddział umieścił na stronie internetowej stosowną decyzję w tym zakresie (art. 154 ust. 3 ustawy o świadczeniach); ponadto opublikowano ogłoszenie o wpłynięciu protestu, a następnie ogłoszenie o jego rozstrzygnięciu;

³⁷ Dalej: Procedura.

³⁸ W ramach ww. 7 postępowań jeden z oferentów wniósł protest i odwołanie. Powodem protestu, a następnie odwołania było niespełnienie wymaganych warunków wymaganych. W trakcie kontroli Oddział stwierdził brak leków w zestawie przeciwwstrząsowym. Oferent w następnym postępowaniu zawarł umowę w zakresie poradni.

- jedno z siedmiu objętych badaniem postępowań zostało unieważnione z uwagi na brak ofert³⁹; postępowanie takie zostało ponownie przeprowadzone i pozytywnie rozstrzygnięte;
- we wszystkich 14 ofertach poprawnie oceniono spełnienie przez oferentów warunków zapewnienia jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości i ceny udzielanych świadczeń, w tym poprawność wyliczenia wartości punktowych podanych w złożonych ofertach, a w jednym przypadku – wystąpienie przesłanek do odrzucenia oferty. Listy rankingowe zawierały prawidłowo wyliczoną punktację.
(akta kontroli str. 704-726, 737-738, 750-751, 826-862)

Badanie prawidłowości prowadzonych negocjacji z oferentami (pkt 3.2.2 Procedury) przeprowadzono na podstawie dokumentacji sześciu z ww. siedmiu postępowań oraz 15 złożonych ofert. W wyniku tego badania stwierdzono, że:

- w dokumentacji znajdowały się propozycje wyjściowe OOW NFZ do przeprowadzenia negocjacji (obejmujące liczbę świadczeń, cenę jednostkową oraz łączną kwotę świadczeń); uzasadnienie tych propozycji wynikało z planu zakupu świadczeń w rodzaju OPH; zmiany w zakresie liczby świadczeń i ceny świadczeń po negocjacjach, w stosunku do propozycji zgłoszonych w ofertach objętych badaniem, wynikały m.in. ze zmian ceny jednostkowej w stosunku do ceny jednostkowej wskazanej w ogłoszeniu, zmiany liczby świadczeń adekwatnej do liczby potencjału wykonawczego oferenta oraz możliwości finansowych Oddziału;
- w dokumentacji brak było pisemnego uzasadnienia do ww. zmian (zarówno w zakresie liczby świadczeń, jak i ich ceny) mimo obowiązku wynikającego z zapisów procedury konkursowej obowiązującej w 2014 r. (w pkt. 3.2.1.2. Procedury wskazano, że *wszystkie propozycje komisji odbiegające od propozycji ofertowej lub propozycja odrzucenia oferty z powodu rażąco niskiej ceny w stosunku do przedmiotu zamówienia wymagają pisemnego uzasadnienia w dokumentacji postępowania*);
- stosowano jednolite zasady postępowania tj.: negocjacje przeprowadzono ze wszystkimi oferentami z zachowaniem możliwości swobodnej wypowiedzi (co 15 minut), a wyznaczony czas negocjacji był optymalny, gdyż dotyczyły jednego zakresu świadczeń (postępowania były ogłaszane do zakresów); nie wystąpiły przypadki obniżenia ceny przez oferentów w celu poprawy swojej pozycji w rankingu;
- dokumentowanie postępowań pozwalało na odtworzenie ich przebiegu;
- nie stwierdzono przypadków wniesienia skarg na sposób i przebieg negocjacji.
(akta kontroli str. 704-726, 737-738, 750-751, 826-862)

Złożone przez świadczeniodawców oferty, które objęto weryfikacją, zostały sprawdzone przez członków Komisji konkursowej (co potwierdzały podpisy i oraz autoryzacje w systemie obsługującym postępowania konkursowe). Weryfikacja ofert dotyczyła m.in.: spełnienia warunków wymaganych, dodatkowo ocenianych (takich jak: jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość oraz cena), dokumentów dołączonych do oferty oraz obejmowała porównanie danych dostępnych w systemie informatycznym Oddziału (w zakresie m.in. ewidencji personelu, kwalifikacji lekarza, socjalizacji, harmonogramów pracy) lub ogólnodostępnych rejestrach (w tym m.in. KRS, CIDG, rejestry podmiotów leczniczych).

Komisja konkursowa w części niejawniej przeprowadziła analizę porównawczą ofert, stosownie do wymogów określonych w art. 148 ustawy o świadczeniach oraz Zarządzeniu Prezesa NFZ Nr 3 w sprawie kryteriów oceny ofert (zmienionym

³⁹ Postępowanie nr 08-14-000228/OPH/15/1/15.2181.027.04/01 w rodzaju OPH w zakresie: świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci, na obszarze województwa opolskiego.

Zarządzeniem Nr 11/2014/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 7 marca 2014 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁴⁰).

Weryfikacja przez Komisję konkursową dokumentacji i danych zawartych w objętych badaniem ofertach dotyczyła również:

- poprawności wskazania specjalności komórek organizacyjnych i dziedzin medycznych z odpowiednim zakresem, na który została złożona oferta;
- powtarzalności personelu medycznego wykazywanego w poszczególnych ofertach w relacji z pozostałymi ofertami (weryfikacja ta odbywała się z wykorzystaniem systemu informatycznego); w przypadku, gdy ten sam personel wykazany był w tym samym czasie pracy u innego świadczeniodawcy/oferenta lub u tego samego świadczeniodawcy w innej umowie/ofercie Komisja konkursowa pisemnie informowała oferenta o zaistniałym konflikcie harmonogramów personelu i wzywała do wyjaśnienia elementów spornych.

Ponadto, Komisja konkursowa weryfikowała i oceniała pod względem zbieżności dane wskazane w formularzu ofertowym z odpowiedziami udzielonymi na pytania zawarte w ankiecie, stanowiącej część oferty. W przypadku stwierdzenia rozbieżności pomiędzy udzieloną odpowiedzią na zawarte pytanie, a danymi zawartymi w pozostałej części formularza ofertowego lub w przypadku stwierdzenia niejasności wymagających dodatkowych wyjaśnień, oferenci byli wzywani do złożenia pisemnych wyjaśnień, zgodnych ze stanem faktycznym.

Komisja konkursowa oceniła wszystkie objęte badaniem oferty według jednolitych kryteriów i zasad (określonych m.in. w obowiązujących w 2014 r. ww. Zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 3 i Nr 11). Ocena ww. ofert dokonywana była na podstawie udzielonych przez oferentów odpowiedzi na zapytania ankietowe, zweryfikowanych na etapie oceny merytorycznej ofert oraz po przeprowadzonej kontroli (w przypadku jednego nowego oferenta). Ostateczna ocena ofert była generowana przez system informatyczny wspomagający pracę Komisji konkursowej.

Stwierdzono, że aplikacja ofertowa do przygotowania ofert we wszystkich objętych postępowaniach konkursowych w rodzaju OPH oraz wymagania (wynikające z obowiązujących w 2014 r. Zarządzeniach Prezesa NFZ i Procedury), wyjaśnienia i informacje, a także dokumenty związane z postępowaniem udostępnione zostały oferentom na takich samych zasadach, co zgodnie z art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach zapewniało równe traktowanie świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz prowadzenie postępowań w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji.

(akta kontroli str. 704-726, 737-738, 750-751, 826-862)

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że (...) Komisja zachowała wszystkie zasady normatywnie uregulowane w ustawie o świadczeniach, w tym w szczególności zasadę równego traktowania Oferentów zarówno w zakresie ogłoszenia, jak również przeprowadzenia postępowania w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna (...). Wyrazem przyjęcia zasad zapewniających równe traktowanie świadczeniodawców jest określona w art. 146 ustawy o świadczeniach delegacja do wydania przez Prezesa Funduszu dokumentu określającego kryteria oceny ofert, które zostały określone w zarządzeniu Nr 3/2014/DSOZ Prezesa NFZ.

(akta kontroli str. 607-621)

⁴⁰ Dalej: Zarządzenie Nr 11. W § 1 ust. 4 Zarządzenia Nr 11 wskazano, iż szczegółowe parametry kryteriów oraz wagę punktową określono w tabeli Nr 14 załącznika nr 1 ww. Zarządzenia, a sposób oceny ofert pod względem kryterium ceny określono w załączniku nr 2 ww. Zarządzenia.

W okresie objętym kontrolą Oddział przy rozliczaniu i monitorowaniu umów w rodzaju OPH uwzględnił następujące zasady:

a/ w latach 2015-2017 przyjęto priorytet regionalny dotyczący zapewnienia pełnej dostępności do świadczeń pacjentom w stanie terminalnym, poprzez zapewnienie finansowania i dostępności do świadczeń w rodzaju: opieka paliatywna i hospicyjna;
b/ w latach 2015-2018 (I półrocze) OOW NFZ zapłacił za wszystkie świadczenia zrealizowane w rodzaju OPH wykonane i zweryfikowane pozytywnie oraz sprawozdane w terminie przez świadczeniodawców (w hospicjach stacjonarnych zapłata zrealizowana została w odniesieniu do liczby łóżek zarejestrowanych w rejestrze podmiotów leczniczych); dokonywane były również przesunięcia pomiędzy zakresami świadczeń.

(akta kontroli str. 187-494, 505-507, 607-621, 632-641)

Badanie sposobu aneksowania umów wieloletnich w rodzaju OPH (w zakresie ustalenia liczby świadczeń i zmiany wartości umów) przeprowadzono na podstawie umów obowiązujących w dwóch latach objętych kontrolą (2016 r. i 2017 r.). W tym zakresie stwierdzono, że Oddział przy zmianach umów niewygasających z końcem okresu rozliczeniowego, realizował wytyczne określone w Procedurze aneksowania umów niewygasających z końcem okresu rozliczeniowego na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Procedura nr 2011/DSOZ/ANEKSOWANIE/1.0 wersja 1.0 z dnia 26 sierpnia 2011 r. opracowana przez Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej)⁴¹.

W 2016 r. liczba zawartych umów była taka sama jak w roku poprzedzającym, wartość umów pierwotnych wynosiła 11 078,2 tys. zł (151 699 tys. jednostek rozliczeniowych), a kwota zapłacona za wykonane świadczenia po zawartych aneksach wynosiła 13 382,4 tys. zł (203 662 tys. jednostek rozliczeniowych), tj. wzrosła o 20,8%. W 2017 r. liczba zawartych umów była taka sama jak w roku ubiegłym, wartość umów pierwotnych wzrosła o 34,6% w stosunku do wartości pierwotnych umów z 2016 r. i wynosiła 14 912,5 tys. zł (316 192 tys. jednostek rozliczeniowych). Kwota zapłacona za wykonane świadczenia po zawarciu aneksów wynosiła 18 262,8 tys. zł (386 779,4 tys. jednostek rozliczeniowych), tj. wzrosła o 22,5% od wartości pierwotnej umów w 2017 r. i o 36,5% w odniesieniu do kwoty zapłaconej za wykonanie w 2016 r.⁴².

Rozdziału dodatkowych środków – w stosunku do kwot pierwotnych – dokonywano zgodnie przyjętymi zasadami, polegającymi m.in. na uwzględnianiu nadwykonań z poprzednich lat. Przy aneksowaniu wszystkich umów sprawdzano również potencjał świadczeniodawców w kontekście spełniania warunków koniecznych do realizacji świadczeń, wynikających z aktualnych przepisów (§ 32 ust. 3 pkt 3 rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów).

Propozycje warunków finansowania zostały przedstawione wszystkim świadczeniodawcom do 31 października, a ostateczne warunki zostały uzgodnione do 30 listopada (§ 32 ust. 1 i 2 rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów).

Świadczeniodawcy rozliczali wykonane świadczenia w okresach miesięcznych. Zapłata za nadwykonania następowała dopiero po dokonaniu rozliczeń kwartalnych oraz rocznych. Po zakończonym rocznym okresie obowiązywania umów sporządzano aneksy/ugody rozliczeniowe, dotyczące świadczeń niewykonanych

⁴¹ Poza aneksowaniem umów nie stwierdzono przypadków wprowadzania innych zmian dotyczących liczby zakontraktowanych świadczeń.

⁴² W 2016 r. nadwykonanie wynosiło 2 304,2 tys. zł (plan pierwotny 11 078,2 tys. zł/wykonanie 13 382,4 tys. zł.). Przy aneksowaniu umów w 2017 r. (14 912,5 tys. zł) nastąpił wzrost łącznej wartości o 3 834,3 tys. zł (uwzględniono m.in. 100% nadwykonania z poprzedniego roku).

i nadwykonanych. I tak, w okresie objętym kontrolą odpowiednio⁴³: a/ 21 stycznia 2016 r. rozliczono umowy za rok 2015 r. (rozliczenie dotyczyło 7 umów na kwotę 787 093 zł); b/ 20 stycznia 2017 r. rozliczono umowy za rok 2016 r. (rozliczenie dotyczyło 12 umów na kwotę 787 596,99 zł); c/ 16 stycznia 2018 r. rozliczono umowy za rok 2017 r. (rozliczenie dotyczyło 8 umów na kwotę 141 797,10 zł).

(akta kontroli str. 607-621-641, 826-862, 882-938)

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że (...) Występowały przypadki niewykonań lub nadwykonań powyżej 10%. Co miesiąc dokonywane są analizy realizacji umów, natomiast rozpatrywanie ewentualnych zmian w umowach (zmniejszenia, zwiększenia, przesunięcia) odbywa się po rozliczeniu kwartału. Oddział przyjął zasadę dokonywania analiz w ujęciu kwartalnym, która spowodowana była koniecznością respektowania przepisów określających sposób rozpatrywania wniosków w sprawie dokonywania zmian w umowach w trybie § 20 oraz § 21 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (...), gdzie strony umowy, na wniosek świadczeniodawcy składany nie później niż 30 dni po upływie kwartału kalendarzowego, dokonują zmian zawartych umów, a także rozpatrywania wniosków w sprawie zapłaty za świadczenia nielimitowane. U tych świadczeniodawców, u których występowały znaczne niewykonania oraz nie było potrzeby przesunięcia środków z niewykonań na inne zakresy, przedstawiane były świadczeniodawcom aneksy zmniejszające, w celu uwolnienia środków finansowych z niewykonanych świadczeń. Natomiast, jeżeli w ramach umów zawartych ze świadczeniodawcami występowały przypadki niewykorzystania przez świadczeniodawców środków finansowych w jednym zakresie świadczeń, a w innym istnieją uzasadnione nadwykonania, w pierwszej kolejności dokonywano przesunięcia środków w ramach umowy z niewykonań na te zakresy, gdzie wystąpiły nadwykonania. Jednocześnie prowadzone były szczegółowe analizy dotyczące realizacji umów w zakresie hospicjum domowego oraz stacjonarnego dotyczące liczby pacjentów objętych opieką, liczby osobodni oraz wartości udzielonych świadczeń.

(akta kontroli str. 612-613)

Stawka za osobodzień/punkt według wyceny AOTMiT zawarta w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie tariff świadczeń gwarantowanych w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna, oszacowana została na kwotę 56,19 zł. Oddział wprowadził od 1 stycznia 2017 r. stawkę 47,30 zł (wzrost o 10% od ceny dotychczasowej – 43 zł.)⁴⁴, stanowiącą 84% ceny wskazanej przez AOTMiT.

W trakcie prowadzonych postępowań konkursowych w 2014 r., świadczeniodawcy w czterech ofertach zaproponowali niższe ceny od cen wskazanych jako oczekiwane przez Oddział NFZ⁴⁵.

Z analiz danych Centrali NFZ wynikało, że ceny jednostkowe w województwie opolskim zostały ustalone poniżej średniej krajowej (wyjątek stanowiło hospicjum domowe dla dorosłych w latach 2015-2016). W 2017 r. i 2018 r. województwo opolskie było na ostatnim miejscu – z najniższą stawką jednostkową dla hospicjum domowego dla dzieci i dla poradni.

(akta kontroli str. 526-533, 954-964)

⁴³ Dotyczyło to łącznie 27 umów oraz zwiększeń na kwotę 1 689 487,09 zł (1 577 002,89 zł hospicjum domowe dla dorosłych, 111 430,20 zł świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej, 1 054 zł porada w poradni medycyny paliatywnej).

⁴⁴ Od 1 lipca 2018 r. rozpoczęto nowe kontraktowanie w OPH – cena oczekiwana wynosiła 51,75 zł.

⁴⁵ W poradni cena oczekiwana 34 zł/ ceny z oferty 31,80 zł i 32 zł, w hospicjum domowym cena oczekiwana 43 zł/ cena z ofert 34 zł i 41 zł.

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że (...) *Cena jednostkowa proponowana przez OOW NFZ w poszczególnych zakresach świadczeń niższa od sugerowanej przez AOTMiT wynika z aktualnej wysokości środków będących w dyspozycji Oddziału zabezpieczonych na ten cel w planie finansowym na dany rok. Natomiast niższa cena jednostkowa od ceny oczekiwanej przez Oddział jest wynikiem obniżenia ceny przez świadczeniodawcę podczas poprzedniego postępowania konkursowego – stawka za osobodzień/punkt została skorygowana wobec tych świadczeniodawców. Jednocześnie informujemy, że tuż. Oddział zwiększył cenę jednostkową za poradę w poradni medycyny paliatywnej z 34 zł na 37 zł – wzrost o 8,83%.*

(akta kontroli str. 939-941)

W okresie objętym kontrolą Oddział nie kierował zawiadomień do prokuratury lub Policji w sprawie podejrzenia popełnienia przestępstwa lub wykroczenia w związku z kontraktowaniem świadczeń, w tym świadczeń objętych badaniem NIK.

(akta kontroli str. 253, 875-881)

W zakresie weryfikacji świadczeń udzielanych w poradni medycyny paliatywnej oraz hospicjum stacjonarnym stwierdzono, że stosowany w Oddziale NFZ system pn. Centralne Warunki Walidacji i Centralne Reguły Weryfikacji nie weryfikował świadczeń pod kątem poprawności rozpoznania ICD 10 porad udzielanych w poradni medycyny paliatywnej (w załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w OPH zamieszczony został wykaz jednostek chorobowych kwalifikujących do objęcia opieką paliatywną pacjenta). Oddział w czerwcu 2018 r. przekazał do Centrali informację o stwierdzonym błędzie w tym zakresie.

(akta kontroli str. 863-864, 944-949)

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że w wyniku wprowadzenia w II półroczu br. przez Centralę NFZ zakresu 15.1180.007.02 i produktu jednostkowego 5.15.00.0000151 (porada w poradni medycyny paliatywnej) do macierzy S186 (obowiązującej w roku 2018) dla sprawdzenia 51005032 (dla świadczenia nie wykazano wymaganej przyczyny udzielenia świadczenia ICD 10) ww. świadczenia są weryfikowane i kwestionowane na bieżąco. Weryfikacja kontrolna przeprowadzona pod koniec października br. wygenerowała również błędy na świadczeniach sprawozdanych i rozliczonych od początku roku. Jednocześnie nadmieniam, że weryfikacja odbywa się wyłącznie przy użyciu Centralnych Warunków Walidacji oraz Centralnych Reguł Weryfikacji. Zgodnie z poleceniem Centrali NFZ z roku 2014 dotyczącym ujednolicenia weryfikacji, Oddziały Wojewódzkie NFZ nie stosują własnych reguł weryfikacyjnych. Informacja o konieczności zainstalowania nowej wersji procesu weryfikacji zawierającego modyfikację macierzy lub sprawdzenia jest przesyłana do Sekcji ds. Walidacji i Weryfikacji oraz Zgód Indywidualnych mailowo przez Dział Standaryzacji i Weryfikacji Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali NFZ. Ewentualne błędne działanie sprawdzeń (m.in. niezasadne kwestionowanie) są zgłaszane do Centrali NFZ.

(akta kontroli str. 942-943)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

1. W dokumentacjach postępowań objętych badaniem brak było pisemnych uzasadnień Komisji konkursowej do zmian propozycji ofertowych, pomimo takiego wymogu wynikającego z pkt. 3.2.1.2. Procedury.

(akta kontroli str. 699)

Zastępca Dyrektora Oddziału ds. Medycznych wyjaśniła, że *propozycje podziału środków finansowych były przygotowane do negocjacji w oparciu o analizę danych*

dotyczących pierwotnej i ostatecznej wartości kontraktu, wykonania umowy w poprzednim okresie oraz struktury i zasobów świadczeniodawcy (...), a także pozycji oferenta osiągniętej w rankingu. Propozycja komisji konkursowej (...) wynikała z obiektywnych kryteriów i planu finansowego OOW NFZ oraz kwoty zawartej w ogłoszeniu o postępowaniu (...). Każda propozycja Komisji konkursowej przedstawiona oferentowi podczas negocjacji była omówiona i uzasadniona powyższymi analizami. Analizy wykorzystane do ustalenia propozycji dla świadczeniodawców stanowiące ich uzasadnienie ze względu na ich obszerność są prowadzone wyłącznie w wersji elektronicznej, jednocześnie z uwagi na ograniczony limit znaków mieszczących się w załącznikach konkursowych nie zostały załączone do dokumentacji postępowania konkursowego.

Zdaniem NIK, brak pisemnego uzasadnienia może ograniczać przejrzystość prowadzonego postępowania.

(akta kontroli str. 776-777, 778-782)

2. Komisja konkursowa nie dokonała rzetelnej oceny czterech ofert, dotyczących świadczeń w zakresie poradni medycyny paliatywnej, co do oferowanego przez świadczeniodawcę potencjału – tj. zapewnienia wymaganego czasu pracy psychologa. Skutkowało to zawarciem czterech umów na udzielanie ww. świadczeń niezgodnie z warunkami określonymi w obowiązujących przepisach, a także powieleniem tej nieprawidłowości przy kontynuacji ww. czterech umów w latach 2015-2017 i trzech w 2018 r.

W czterech umowach w zakresie poradni medycyny paliatywnej obowiązujących w latach 2015-2017 r. oraz w trzech w 2018 r.⁴⁶ nie zapewniono wymaganego czasu pracy psychologa w zakresie pracy poradni, tj. 7,5 godziny tygodniowo, który wynikał z pkt III załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych w OPH, w którym wskazano, że w poradni pracuje lekarz, pielęgniarka i psycholog, a czas pracy poradni wynosi 7,5 godziny. Zgodnie z interpretacją Ministerstwa Zdrowia nr IK 1464055.2018.IJ (pismo z października 2018 r.) ww. personel powinien być dostępny przez cały czas pracy poradni.

(akta kontroli str. 783-792, 517-519)

Zastępca Dyrektora Oddziału ds. Medycznych wyjaśniła, że Oddział weryfikował, czy czas pracy poradni spełnia wymóg zawarty w części III ust. 2 załącznika nr 2 do rozporządzenia, sumując łączny czas pracy personelu w odniesieniu do warunków określonych w § 7 ust. 1, z których wynika, że świadczenia udzielane w poradni lub w domu pacjenta przez lekarza, pielęgniarki czy psychologa mogą być udzielane odrębnie przez poszczególny personel, w związku z powyższym nie był wymagany pokrywający się harmonogram czasu pracy. Z zapisów rozporządzenia nie wynika wprost, aby czas pracy lekarza, pielęgniarki oraz psychologa pokrywał się i wynosił po 2,5 godziny dziennie. Jednocześnie informujemy, że interpretacja Ministerstwa Zdrowia (...) do chwili obecnej nie została przekazana do tut. Oddziału.

(akta kontroli str. 776-777, 976-979)

OCENA CZĄSTKOWA

Postępowania o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie OPH, co do zasady, zostały przeprowadzone prawidłowo. Stwierdzona w tym obszarze nieprawidłowość dotyczyła nierzetelnej weryfikacji potencjału wykonawczego oferenta (czasu pracy psychologa w poradni medycyny paliatywnej), co również odzwierciedlone zostało w zawartej z tym podmiotem umowie. W pozostałym zakresie rzetelnie weryfikowano spełnienie przez oferentów warunków zapewnienia jakości, kompleksowości, dostępności i ciągłości. Członkom Komisji konkursowej powołanej w celu przeprowadzenia postępowań w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie OPH, zapewniono

⁴⁶ Umowy w latach 2015-2018 zostały wykonane na łączną kwotę – 95 622,14 zł.

odpowiednie warunki do rzetelnej oceny ofert. Zapewnione zostały również właściwe warunki do przeprowadzenia negocjacji w ramach niejawniej części konkursów. Stwierdzono jednak, że Komisja konkursowa nie sporządzała pisemnych uzasadnień, w zakresie obniżenia liczby i wartości wnioskujących ze złożonych ofert. W okresie objętym kontrolą zakontraktowano udzielanie świadczeń OPH we wszystkich zakresach na całym obszarze województwa. Podział środków pomiędzy oferentów, dokonywany przede wszystkim w toku procedury konkursowej, co zapewniało transparentność tych działań. W tym zakresie NIK jednak zauważa, że ceny jednostkowe świadczeń od 2017 r. należą do najniższych w kraju⁴⁷, co może zniechęcać świadczeniodawców do zawierania umów dotyczących OPH.

OBSZAR

Opis stanu
faktycznego

3. Rozliczanie świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej

Oddział monitorował poziom wykonania umów w celu podjęcia działań zapewniających efektywne wykorzystanie środków przeznaczonych na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju OPH. W tym celu, po zakończeniu każdego kwartału, Zespół ds. rozliczania świadczeń realizowanych przez świadczeniodawców (powoływany Zarządzeniami Dyrektora Oddziału) analizował wykonanie świadczeń przez poszczególnych świadczeniodawców w poszczególnych zakresach oraz możliwości świadczeniodawcy, w odniesieniu do jego potencjału wykonawczego (liczba personelu, łóżek, sprzętu medycznego). W okresie objętym kontrolą każdy wniosek dotyczący wyrażenia zgody na dokonanie kwartalnego rozliczenia nadwykonanych świadczeń w rodzaju OPH opiniowany był m.in. przez: radcę prawnego (w zakresie formalno-prawnym), Kierownika Wydziału Ekonomiczno-Finansowego (w zakresie planu finansowego), Naczelnika Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej (w zakresie planu zakupu świadczeń), Zastępcę Dyrektora Oddziału ds. Ekonomiczno-Finansowych, Zastępcę Dyrektora Oddziału do Spraw Medycznych, a następnie zatwierdzany był przez Dyrektora Oddziału.

(akta kontroli str. 882-938)

W okresie objętym kontrolą finansowanie świadczeń wykonanych ponad limit wynikający z umowy odbywało się na podstawie § 43 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów. W każdym przypadku weryfikowano potencjał wykonawczy świadczeniodawców.

Wartość nadwykonanych świadczeń⁴⁸ w ramach zawartych umów w rodzaju OPH, w okresie objętym kontrolą, wynosiła 10 287 tys. zł (łącznie zapłacono 53 308,6 tys. zł, tj. 19,30% więcej niż wynikało z pierwotnych umów). I tak:

- w 2015 r. – zapłacono łącznie 12 174,5 tys. zł, w tym za nadwykonania 2 592,2 tys. zł;
- w 2016 r. – 13 382,4 tys. zł, w tym nadwykonania 2 401 tys. zł;
- w 2017 r. – 18 262,8 tys. zł, w tym nadwykonania 3 790,6 tys. zł;
- w 2018 r. (do 30 czerwca) – 9 488,8 tys. zł, w tym nadwykonania 1 503,2 tys. zł.

(akta kontroli str. 612)

W okresie objętym kontrolą Sekcja ds. Walidacji i Weryfikacji oraz Zgód Indywidualnych zajmowała się weryfikacją miesięcznych sprawozdań

⁴⁷ Na ostatnim miejscu dla hospicjum domowego dla dzieci i poradni, na drugim miejscu od końca dla hospicjum stacjonarnego i 4 oraz 3 miejscu od końca dla hospicjum domowego dla dzieci.

⁴⁸ Przy zachowaniu cen jednostkowych wynikających z umów.

statystycznych⁴⁹ sporządzanych przez świadczeniodawców. Weryfikacja obejmowała bieżące oraz sprawozdane we wcześniejszych miesiącach świadczenia we wszystkich rodzajach i zakresach. OOW NFZ, przy weryfikacji korzystał z aplikacji administrowanej przez Centralę NFZ pn. Centralne Warunki Walidacji i Centralne Reguły Weryfikacji⁵⁰.

W okresie objętym kontrolą poziom realizacji świadczeń przez poszczególnych świadczeniodawców monitorowany był miesięcznie, kwartalnie i rocznie oraz na bieżąco w zależności od aktualnych potrzeb. Monitorowanie dotyczyło m.in.: a/ liczby pacjentów objętych opieką przez hospicjum domowe, z uwzględnieniem miejsca zamieszkania według Centralnego Wykazu Ubezpieczonych, wartości udzielonych świadczeń oraz liczby osobodni; b/ liczby pacjentów objętych opieką przez hospicjum stacjonarne, wartości udzielonych świadczeń oraz liczby osobodni z wyróżnieniem sposobu żywienia pacjentów (pacjenci żywieni dojelitowo lub pozajelitowo), w odniesieniu do wykorzystywanych liczby łóżek zarejestrowanych w księdze rejestrowej podmiotów leczniczych.

Ponadto, na bieżąco weryfikacji podlegały zmiany zatrudnianego przez poszczególnych świadczeniodawców personelu, pod kątem spełnienia warunków wymaganych, które określone zostały w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych w OPH.

Do dnia kontroli NIK (tj. 27 listopada 2018 r.) Oddział zakwestionował i nie rozliczył 5 064 osobodni/porad oraz 6 281,75 punktów na kwotę 353 428,27 zł. Stwierdzone błędy dotyczyły m.in. daty wykonania świadczenia, która była późniejsza niż data zgonu, braku danych osoby wystawiającej zlecenie lub przekroczonego limitu świadczeń udzielonych pacjentowi).

(akta kontroli str. 607-621, 970)

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że Centralne Warunki Walidacji są stosowane zgodnie z wytycznymi Centrali NFZ i wchodzi w skład procesów walidacji. Po przesłaniu przez Dział Standaryzacji i Weryfikacji do OW automatycznie importowane są kolejne wersje procesów walidacji zawierające aktualne (w tym nowe i zmodyfikowane) sprawdzenia. Walidacja odbywa się automatycznie po przesłaniu przez świadczeniodawcę danych komunikatem w formacie XML Loader NFZ odbiera komunikat i przesyła zwrótnie odpowiedź „OK” lub „BAD”, czyli przyjmuje lub odrzuca przesłane dane. Przyjęte dane pojawiają się w Systemie Informatycznym Oddziału Wojewódzkiego (SIOW) i podlegają dalszym procesom weryfikacji, natomiast odrzucone nie są zaczytywane do SIOW i wymagają poprawienia przez świadczeniodawcę (w zwrótej odpowiedzi pojawia się komunikat błędu walidacji) i ponownego przesłania do Oddziału. Podobna sytuacja ma miejsce w przypadku Centralnych Reguł Weryfikacji. Należy zaznaczyć, że Oddział nie ma możliwości wyłączenia któregośkolwiek sprawdzenia znajdującego się w aktualnej wersji ww. procesów. Świadczenia, które zostały sprawozdane i przeszły pomyślnie proces walidacji biorą udział w procesie weryfikacji podstawowej. Rutynowo weryfikacje odbywają się codziennie w godzinach nocnych i są włączane automatycznie zgodnie z ustalonym harmonogramem. Weryfikacje są również włączane na bieżąco w ciągu dnia (szczególnie w okresie rozliczeniowym) przez operatorów Sekcji ds. Walidacji i Weryfikacji oraz Zgód Indywidualnych. Weryfikacje wsteczne (kontrolne) włączane są nie rzadziej niż raz na kwartał, w miarę możliwości w Oddziale są włączane co 1-2 miesiące. Po zakończeniu okresu rozliczeniowego jest przeprowadzana weryfikacja wsteczna wszystkich świadczeń sprawozdanych w roku ubiegłym, o czym informują komunikaty na stronie internetowej Oddziału

⁴⁹ Świadczeniodawcy wystawiali faktury za wykonane w ramach umowy świadczenia, zgodnie z danymi zawartymi w sprawozdaniach.

⁵⁰ Wykaz publikowany na stronie internetowej Centrali NFZ.

oraz w Portalu Świadczeniodawcy. Weryfikacji wstecznej podlegają wszystkie świadczenia rozliczone i nierozliczone. Wyniki dotyczące świadczeń nierozliczonych zatwierdzone są automatycznie i widoczne w Portalu Świadczeniodawcy. Oznaczenie błędem świadczeń nierozliczonych uniemożliwia świadczeniodawcy ich naliczenie, natomiast w przypadku włączenia mechanizmu naliczenia, świadczenia rozliczone oznaczone w wyniku weryfikacji wstecznej błędem podlegają korekcie – generowany jest szablon korygujący, na podstawie którego świadczeniodawca przesyła do Wydziału Ekonomiczno-Finansowego rachunek korygujący. Świadczeniodawca powinien usunąć lub poprawić zakwestionowany produkt. Naliczone kwoty bieżących rachunków są pomniejszane o wartość korekt. Po zaksięgowaniu korekty jej kwota zostaje uwolniona i świadczeniodawca może ponownie sprawozdać i rozliczyć poprawione świadczenie do wysokości limitu. Świadczeniodawca może pisemnie odwołać się od wyników weryfikacji. Na tej podstawie Sekcja ds. Walidacji i Weryfikacji oraz Zgód Indywidualnych podejmuje czynności wyjaśniające. (...) Analizy o poziomie realizacji świadczeń w odniesieniu do zawartych umów, z uszczegółowieniem do świadczeniodawcy, zakresu i miejsca wykonywania świadczeń, mają na celu nadzór nad tempem realizacji świadczeń w poszczególnych rodzajach, zakresach świadczeń oraz obszarach kontraktowania. Zawierają informacje o ilości i wartości zrealizowanych świadczeń, procentowym wykonaniu świadczeń, nadwykonaniach, niewykonaniach kontraktu, a także o szacowanych potrzebach.

(akta kontroli str. 613-614)

Jak wskazano powyżej, Oddział w latach 2017-2018 (do 30 czerwca) nie finansował świadczeń w zakresie perinatalnej opieki paliatywnej (umowa na realizację ww. świadczeń obowiązywała dopiero od 1 lipca 2018 r.). Zgodnie z Zarządzeniem Nr 54/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna, świadczeniodawca mógł rozliczyć świadczenia dopiero po zakończonej opiece. Na dzień kontroli NIK nie zostały wykazane w sprawozdaniach żadne świadczenia z ww. zakresu.

(akta kontroli str. 505-507, 524)

W okresie objętym kontrolą stwierdzone koincydencje świadczeń (w trakcie weryfikacji) dotyczyły świadczeń realizowanych w rodzaju OPH. Polegały one na nakładaniu się świadczeń w wyniku błędnego wpisu dotyczącego daty udzielonego świadczenia lub omyłkowego/rzeczywistego wykazania przez innego świadczeniodawcę udzielenia danego świadczenia (np. porady, konsultacji, rehabilitacji) w okresie, kiedy pacjent był objęty świadczeniami udzielanymi w rodzaju OPH.

(akta kontroli str. 614)

Dyrektor Oddziału stosownie do wytycznych art. 107 ust. 5 pkt 12 lit. b ustawy o świadczeniach, zobowiązany był m.in. do kontrolowania realizacji umów. W latach 2015-2018 (do 30 czerwca) Wydział Kontroli Oddziału przeprowadził łącznie cztery kontrole realizacji umów dotyczących OPH. Kontrole przeprowadzono w ramach kontroli planowych (wynikających z rocznych planów kontroli) oraz kontroli zleconych – doraźnych.

Ww. okresie zaplanowano i zrealizowano jedną kontrolę planową niekoordynowaną (w 2015 r.) oraz przeprowadzono trzy kontrole doraźne (po jednej w latach 2015-2017)⁵¹. Łącznie przeprowadzono cztery kontrole u trzech świadczeniodawców⁵², spośród 11 udzielających świadczeń OPH.

⁵¹ W 2018 r. OOW NFZ nie zaplanował kontroli w zakresie OPH, a do 30 czerwca 2018 r. nie realizował żadnych kontroli doraźnych dla tego rodzaju świadczeń.

Temat ww. kontroli planowej zrealizowanej w 2015 r, został wprowadzony do planu kontroli na wniosek Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej Oddziału. W latach 2016-2018 powołany przez Dyrektora Oddziału Zespół do spraw sporządzania planu kontroli⁵³ na dany rok nie wskazał do ujęcia w planie kontroli umów stanowiących podstawę udzielania świadczeń w rodzaju OPH. Ww. zespół m.in. na podstawie analiz, doniesień medialnych, skarg świadczeniodawców, jak też priorytetów i wytycznych Centrali NFZ identyfikował tematy kontroli, sporządzając w tym zakresie ranking tematów. Tematy, którym przydzielono najwięcej punktów ujmowane były w planie kontroli na rok następny.

(akta kontroli str. 615-620)

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że przy tworzeniu planów kontroli na lata 2015-2018 Oddział kierował się m.in. wytycznymi Centrali NFZ, które nie wskazywały w tym okresie świadczeń OPH. Centrala NFZ nie zleciła także takich kontroli koordynowanych doraźnych. (...) Zespół d/s opracowania rocznego planu kontroli realizuje swoje zadania w sposób ciągły, a nie tylko doraźnie w celu stworzenia rocznego planu kontroli (cykliczne spotkania, na których omawiane są zmiany w planie kontroli lub nowe zjawiska i zagrożenia do ewentualnego skontrolowania). (...) OOW NFZ realizował również w roku kilka bardzo prężnych kontroli planowych koordynowanych, opracowanych przez Zespół ds. opracowania rocznego planu kontroli powołany w Centrali NFZ. Ww. kontrole planowe koordynowane (Centrali NFZ) są priorytetem dla Wydziału Kontroli (...).

(akta kontroli str. 615-620)

W protokole z ww. kontroli planowej przeprowadzonej w 2015 r.⁵⁴ sformułowano ocenę pozytywną z uchybieniami – w zakresie rozliczania świadczeń z Oddziałem i zgłaszania zmian w zatrudnieniu personelu medycznego oraz ocenę pozytywną – w zakresie zatrudnienia i kwalifikacji kadry medycznej i terapeutycznej, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną oraz kwalifikowania pacjentów do świadczeń udzielanych w ramach hospicjum domowego. W protokole z tej kontroli nakazano też świadczeniodawcy zwrot kosztów świadczeń na kwotę 258 zł oraz wpłatę kary umownej na kwotę 1 407,40 zł. Zalecenia te zostały wykonane.

(akta kontroli str. 618-619)

Decyzję o przeprowadzeniu trzech kontroli doraźnych podjął Dyrektor Oddziału, na podstawie pisemnego zlecenia kontroli, w związku ze złożonymi wnioskami z wydziałów merytorycznych Oddziału. Uzasadnieniem ich przeprowadzenia było pismo Konsultanta (dla kontroli przeprowadzonej w 2015 r.⁵⁵ i 2016 r.⁵⁶) oraz pismo

⁵² W trzech zakresach (poradnia, oddział stacjonarny, hospicjum domowe dla dorosłych), kontrolą nie objęto jednego zakresu, tj. hospicjum domowego dla dzieci.

⁵³ Wydział Kontroli realizował czynności kontrolne na podstawie rocznego planu kontroli opracowywanego przez powołany do tego celu Zespół do spraw opracowania rocznego planu kontroli, co wynikało z zapisów rozdziału II Zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 55/2014/DSOZ z dnia 21 sierpnia 2014 r. w sprawie planowania, przygotowywania i prowadzenia kontroli oraz realizacji wyników kontroli świadczeniodawców ze zm., nr 45/2016/DK z dnia 15 czerwca 2016 r. w sprawie planowania, przygotowywania, przeprowadzania oraz realizacji wyników kontroli przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz nr 128/2017/DK z dnia 21 grudnia 2017 r. w sprawie kontroli prowadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

⁵⁴ Prawdopodobnie realizacji umowy nr 08R/20410/15/OPH/2015 świadczenia w rodzaju OPH o kodzie 15.2180.027.04 – świadczenia w hospicjum domowym, w tym zasadności kwalifikowania pacjenta do świadczeń udzielanych przez hospicjum domowe. Okres objęty kontrolą: styczeń 2015 r. do 23 kwietnia 2015 r.

⁵⁵ Realizacji umowy nr 08R/20619/15/OPH/15/I świadczenia w rodzaju OPH o kodzie 15.1180.007.11 – porada w poradni medycyny paliatywnej. Okres objęty kontrolą: od stycznia do sierpnia 2015 r.

⁵⁶ Ocena prawidłowości realizacji umów nr 08R/20506/15/OPH/2015 i 08R/20506/15/OPH/2016 w zakresie świadczeń o kodzie 15.4180.021.04 – świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym. Okres objęty kontrolą: od stycznia 2015 r. do maja 2016 r.

Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego w Opolu (dla kontroli przeprowadzonej w 2017 r.⁵⁷).

W protokołach z kontroli doraźnych przeprowadzonych w 2015 r. i w 2016 r. zawarto oceny pozytywne. W ustaleniach obu kontroli wskazano m.in., że rozliczenie porad, kwalifikacja pacjentów do świadczeń, kwalifikacje personelu medycznego udzielającego świadczeń oraz kwalifikacje do żywienia pozajelitowego następowało zgodnie z przepisami. W obu protokołach nie formułowano zaleceń pokontrolnych.

(akta kontroli str. 615-620, 966-969)

W protokole kontroli doraźnej przeprowadzonej w 2017 r. zawarto ocenę pozytywną z nieprawidłowościami oraz uzasadnienia dla ocen częściowych. Ocenę pozytywną wydano w zakresie finansowania przez świadczeniodawcę zleconych badań diagnostycznych, wykorzystania wyrobów medycznych, żywienia poza lub dojelitowego (w tym kwalifikacji pacjenta do żywienia), spełnienia wymogów zapewnienia dostępu przez siedem dni w tygodniu do świadczeń oraz wymogów dotyczących kwalifikacji personelu medycznego. Ocenę pozytywną z uchybieniami wydano w zakresie: wykazanego personelu medycznego do umowy z Oddziałem i sprawozdawanych danych (zakwestionowano jedno skierowanie oraz zakwalifikowanie jednej osoby do hospicjum). Ocenę negatywną sformułowano natomiast w związku ze stwierdzeniem nieprawidłowej kwalifikacji pacjenta do żywienia pozajelitowego i dojelitowego. W ww. protokole nakazano świadczeniodawcy zwrot kosztów udzielonych świadczeń na kwotę 13 187,24 zł oraz zapłatę kary umownej w kwocie 10 670,05 zł. Zalecenia te zostały wykonane.

Na podstawie objętej badaniem dokumentacji kontroli stwierdzono, że badanie celowości udzielanych świadczeń w ramach umów OPH (art. 107 ust. 5 pkt 14 ustawy o świadczeniach) przeprowadzano m.in. poprzez sprawdzanie: kwalifikacji pacjenta do objęcia opieką hospicyjną, prawidłowości skierowania do objęcia opieką hospicyjną, właściwego rozpoznania choroby według ICD-10 uprawniającego do korzystania ww. świadczeń.

Zastępca Dyrektora Oddziału ds. Medycznych wyjaśniła, że monitorowanie przez Oddział działań świadczeniodawców polegało na bieżącym weryfikowaniu zmian zatrudnianego przez poszczególnych świadczeniodawców personelu, pod kątem spełnienia warunków wymaganych (...) w odniesieniu do liczby łóżek w hospicjum stacjonarnym, liczby pacjentów objętych opieką w hospicjum domowym oraz harmonogramu pracy poradni medycyny paliatywnej. W sprawozdawczości elektronicznej świadczeniodawcy nie wykazują wizyt/porad realizowanych przez poszczególny personel (nie ma takiego wymogu). W związku z powyższym na podstawie raportu statystycznego nie ma możliwości monitorowania odbytych wizyt/porad lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty i psychologa czy wykonanych badań diagnostycznych.

Jednocześnie w § 8 ust. 4 oraz § 14 ust. 1 Zarządzenia Nr 73/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna z późn. zm., zostały wymienione zakresy świadczeń dopuszczalne włączeniu ze świadczeniami w rodzaju OPH. Natomiast zgodnie z § 8 ust. 3 ww. rozporządzenia nie można łączyć świadczeń realizowanych przez hospicjum domowe ze świadczeniami z zakresu rehabilitacji leczniczej realizowanej w warunkach domowych – sprawdzenie 51606042 „Współwystępowanie świadczeń, których nie można sumować w tym samym czasie”.

(akta kontroli str. 615-620, 966-969)

⁵⁷ Ocena prawidłowości realizacji umowy nr 08R/20410/15/OPH/2017 w zakresie świadczeń o kodzie 15.4180.021.02 – świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym. Okres objęty kontrolą: styczeń 2017 r. – lipiec 2017 r.

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że (...) w trakcie prowadzonych planowych i doraźnych kontroli w OPH sprawdzano również takie elementy, jak np. dostęp do pieluchomajtek – sprawdzenie faktur zakupu i zestawienie z ilością pacjentów, czy badania – zestawienie faktur z historiami choroby oraz umowy na ich wykonanie, a także, czy personel medyczny spełnia wymogi odpowiednich rozporządzeń Ministra Zdrowia, w tym psycholog i rehabilitant oraz ich dostępność. Sprawdzano także, czy pobierano niezasadne opłaty od pacjentów za badania diagnostyczne oraz rehabilitację.

Wydział Kontroli Oddziału nie prowadził postępowań kontrolnych w zakresie świadczeń wykazywanych do OOW NFZ jako tzw. świadczenia ratujące życie.

(akta kontroli str. 607-642)

Na podstawie prowadzanego przez Wydział Spraw Świadczeniobiorców OOW NFZ rejestru skarg oraz sprawozdań kwartalnych o skargach⁵⁸ i wnioskach stwierdzono, że w okresie od 1 stycznia 2015 r. do dnia 20 września 2018 r. wpłynęły dwie skargi dotyczące świadczeń udzielanych w rodzaju OPH. I tak:

- skarga z dnia 16 kwietnia 2015 r. dotyczyła pobierania opłat za świadczenia nierefundowane przez NFZ na oddziale stacjonarnym medycyny paliatywnej; skargę rozpatrzono w terminie i udzielono odpowiedzi; skarga została uznana za niezasadną (pacjentka skorzystała ze świadczeń oferowanych komercyjnie przez świadczeniodawcę);
- skarga z dnia 14 lipca 2016 r. dotyczyła opłat za leki oraz transport; skarga została uznana za niezasadną (recepta wystawiona została przez innego świadczeniodawcę, natomiast transport zlecony został prywatnie), a skarżąca osoba uzyskała pisemną odpowiedź.

Ww. skargi zostały rozpatrzone stosownie do wytycznych określonych w § 14 ust. 1 zarządzenia Prezesa NFZ nr 31/2010/DSS z dnia 1 lipca 2010 r. w sprawie rozpatrywania skarg i wniosków. Postępowania w tym zakresie były prowadzone rzetelnie, w tym zgromadzono niezbędną dokumentację, na podstawie której skargi te uznano za niezasadne.

(akta kontroli str. 521-523)

Kontraktując świadczenia w rodzaju OPH Oddział zdefiniował obszar zabezpieczenia OPH we wszystkich zakresach świadczeń na poziomie województwa. W okresie objętym kontrolą każdy świadczeniodawca był zobowiązany do dysponowania komórką organizacyjną realizującą poszczególne zakresy świadczeń na obszarze kontraktowania, a świadczeniobiorcy mieli prawo wyboru świadczeniodawcy spośród tych, którzy zawarli umowy. Każdy świadczeniodawca był również zobowiązany do objęcia opieką pacjenta posiadającego skierowanie i wymagającego opieki paliatywnej zamieszkałego na obszarze województwa opolskiego.

(akta kontroli str. 187-494, 508-511, 632-633, 637-638, 607-642)

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że *rozmieszczenie oraz liczba poradni medycyny paliatywnej i hospicjów stacjonarnych/oddziałów medycyny paliatywnej jest niezależna od tut. Oddziału NFZ.*

(akta kontroli str. 620)

Liczba pacjentów (łącznie w okresie objętym kontrolą – 10 600), którzy skorzystali z udzielonych świadczeń w poszczególnych zakresach w rodzaju OPH⁵⁹ wynosiła

⁵⁸ W tym również skarg złożonych na OOW NFZ na zaniechanie działań w stosunku do świadczeniodawcy (sytuacje takie nie wystąpiły w badanym okresie).

⁵⁹ Przeciętny czas (w dniach) objęcia opieką w poradni medycyny paliatywnej wynosił od 7,28 do 8,79, w hospicjum domowym – od 94,57 do 110,44, w hospicjum domowym dla dzieci – od 196,97 do 207,81, w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarne – od 25,47 do 32,36.

odpowiednio w latach 2015, 2016, 2017 i w 2018 (stan na 30 czerwca): a/ w warunkach ambulatoryjnych (porada w poradni medycyny paliatywnej): 204, 151, 168 i 150⁶⁰; b/ w warunkach domowych (świadczenia w hospicjum domowym): 1 513, 1 713, 1 921 i 1 404⁶¹; c/ w warunkach domowych dla dzieci (świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci): 31, 33, 38 i 29⁶²; d/ w warunkach stacjonarnych (świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarne): 1 002, 825, 904 i 514⁶³.

(akta kontroli str. 642)

Osiągnięty przez Oddział wskaźnik limitowanego zabezpieczenia świadczeń oraz wskaźnik liczby jednostek rozliczeniowych na 10 tys. mieszkańców w poszczególnych latach oraz w zakresach przedstawiały się następująco:

a/ wskaźnik limitowanego zabezpieczenia świadczeń (tj. stosunek liczby i wartości świadczeń OPH zakontraktowanych do liczby i wartości świadczeń OPH udzielonych, wyrażony w procentach) odpowiednio w latach 2015, 2016, 2017 wynosił:

- w warunkach ambulatoryjnych (porada w poradni medycyny paliatywnej) – wskaźnik liczby świadczeń: 105,1%, 100,8%, 113,7%; wskaźnik wartości świadczeń: 105,3%, 100,9%, 113,6%;
- w warunkach domowych dla dorosłych (świadczenia w hospicjum domowym) – wskaźnik liczby świadczeń: 100,7%, 101,1%, 98,7%; wskaźnik wartości świadczeń: 100,7%, 100,9%, 98,6%;
- w warunkach domowych dla dzieci (świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci) – wskaźnik liczby świadczeń i wskaźnik wartości świadczeń: 105,2%, 104,2%, 100,8% (oba wskaźniki kształtowały się na takim samym poziomie);
- w warunkach stacjonarnych (świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarne) – wskaźnik liczby świadczeń i wskaźnik wartości świadczeń: 99%, 97,2%, 97,9%.

b/ wskaźnik liczby jednostek rozliczeniowych na 10 tys. mieszkańców, odpowiednio w latach 2015, 2016, 2017 wynosił:

- w warunkach ambulatoryjnych (porada w poradni medycyny paliatywnej): 16, 14, 17;
- w warunkach domowych dla dorosłych (świadczenia w hospicjum domowym): 1 444, 1 697, 2 132;
- w warunkach domowych dla dzieci (świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci): 393, 399, 746;
- w warunkach stacjonarnych (świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarne): 259, 265, 1632.

Wskaźnik średniej krajowej⁶⁴ (liczby jednostek rozliczeniowych na 10 tys. mieszkańców) został osiągnięty we wszystkich zakresach świadczeń w rodzaju OPH (w zakresie świadczeń udzielanych w hospicjum domowym i hospicjum domowym dla dzieci w każdym roku objętym badaniem wskaźnik ten został przekroczony).

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że *Wskaźnik osiągnięty w 2017 r. poniżej 100% w zakresie świadczeń udzielanych przez hospicjum domowe był wynikiem sprawozdania przez świadczeniodawców zrealizowanych świadczeń po dniu sporządzenia aneksów rozliczających zakończenie umowy, zawierających klauzulę o zrzeczeniu się dalszych roszczeń związanych z realizacją świadczeń opieki*

⁶⁰ Udział pacjentów nienowotworowych wynosił odpowiednio: 8,33%, 13,25%, 12,50% i 12%.

⁶¹ Udział pacjentów nienowotworowych wynosił odpowiednio: 5,75%, 6,19%, 7,60% i 7,83%.

⁶² Udział pacjentów nienowotworowych wynosił odpowiednio: 93,55%, 87,88%, 92,11% i 100%.

⁶³ Udział pacjentów nienowotworowych wynosił odpowiednio: 15,57%, 14,42%, 13,72% i 17,32%.

⁶⁴ Wskaźnik średniej krajowej wynosił odpowiednio w latach 2015, 2016, 2017: w warunkach stacjonarnych (265, 283, 1 816), w warunkach domowych dla dorosłych (1 368, 1 448, 1 524), w warunkach domowych dla dzieci (111, 120, 214), w warunkach ambulatoryjnych (19, 19, 19).

zdrowotnej udzielanych ponad limit określony umowie. Wskaźniki osiągnięte w latach 2015-2017 poniżej 100% w zakresie świadczeń udzielanych przez hospicjum stacjonarne były wynikiem realizacji przez świadczeniodawców świadczeń na liczbie łóżek większej niż zarejestrowanych w rejestrze podmiotów leczniczych. Świadczenia takie nie były finansowane przez tut. Oddział (...).

(akta kontroli str. 620-621)

Osiągnięty przez Oddział wskaźnik (dla pierwotnego) limitowanego zabezpieczenia świadczeń odpowiednio w latach 2015, 2016, 2017 wynosił:

- w warunkach ambulatoryjnych (porada w poradni medycyny paliatywnej) – wskaźnik liczby świadczeń: 134,72%, 135,55%, 134,27%; wskaźnik wartości świadczeń: 135,77%, 136,54%, 134,90%;
- w warunkach domowych dla dorosłych (świadczenia w hospicjum domowym) – wskaźnik liczby świadczeń: 60,51%, 70,24%, 63,43%; wskaźnik wartości świadczeń: 60,22%, 69,96%, 63,21%;
- w warunkach domowych dla dzieci (świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci) – wskaźnik liczby świadczeń i wskaźnik wartości świadczeń: 105,15%, 104,22%, 89,25%;
- w warunkach stacjonarnych (świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarne) – wskaźnik liczby świadczeń i wskaźnik wartości świadczeń: 96,62%, 93,89%, 100,87%.

(akta kontroli str. 515, 621)

Analiza NIK sporządzona na podstawie danych Centrali NFZ wykazała, że:

- dostępność świadczeń (liczona jako liczba pacjentów w odniesieniu do 10 tys. mieszkańców) na terenach wiejskich była niższa niż na terenach miejskich (ogółem w latach objętych kontrolą: 1 014 tereny wiejskie/1 317 tereny miejskie)⁶⁵;
- z poradni medycyny paliatywnej korzystało więcej osób z terenów wiejskich, jak z terenów miejskich (wskaźnik liczba pacjentów na 10 tys. mieszkańców): w latach objętych kontrolą ogółem 1,78 tereny wiejskie/1,29 tereny miejskie; w powiecie głubczyckim wskaźnik ten wyniósł 0, a w powiecie oleskim 6,48 (w 2018 r.);
- ze świadczeń w hospicjum domowym dla dorosłych skorzystało najmniej pacjentów w powiecie namysłowskim, kędzierzyńsko-kozielskim i głubczyckim najwięcej w Opolu, powiecie brzeskim i kluczborskim;
- ze świadczeń w hospicjum domowego dla dzieci skorzystało najmniej pacjentów w powiecie nyskim, a najwięcej w powiecie opolskim;
- ze świadczeń w oddziale medycyny paliatywnej najwięcej pacjentów skorzystało z powiatu namysłowskiego, a najmniej pacjentów z powiatu kędzierzyńsko-kozielskiego;
- 168 pacjentów spoza województwa opolskiego skorzystało ze świadczeń OPH na obszarze działalności OOW NFZ;
- 349 pacjentów, którzy mieszkali na terenie województwa skorzystali ze świadczeń poza jego granicami.

(akta kontroli str. 954-964)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

Za ograniczony należy uznać sposób sprawowania przez Oddział kontroli nad świadczeniodawcami OPH. Zaplanowanie w okresie czterech lat jednej kontroli w

⁶⁵ W 2015 r. 951 wieś/1 271 miasto, w 2016 r. 996 wieś/1 264 miasto, w 2017 r. 1 096 wieś/1 417 miasto, w 2018 r (czerwiec) 748 wieś/985 miasto.

rodzaju opieki paliatywnej (w 2015 r.), brak przeprowadzenia przez okres ponad trzech lat kontroli w zakresie hospicjum domowego dla dzieci, jak też objęcie kontrolą na miejscu jedynie trzech świadczeniodawców wskazuje, że system kontroli w Oddziale nie w pełni spełniał funkcję prewencyjną. Fundusz wypełnia funkcję płatnika ze środków pochodzących z obowiązkowych składek ubezpieczenia zdrowotnego i w związku z powyższym ze szczególną starannością winien monitorować udzielanie świadczeń zdrowotnych ubezpieczonym.

OCENA CZĄSTKOWA

W okresie objętym kontrolą Oddział, w ramach posiadanych środków i właściwości terytorialnej, zapewniał dostępność do świadczeń z zakresu OPH, która jednak różniła się w zależności od powiatu. OOW NFZ prowadził monitoring zawartych umów o udzielenie świadczeń OPH m.in. w zakresie potencjału wykonawczego, ale w ocenie NIK zasadne jest zwiększenie liczby kontroli realizacji takich umów, prowadzonych w miejscu udzielania świadczeń.

IV. Wnioski

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

Wnioski

1. Zapewnienie sporządzania przez członków komisji konkursowych pisemnych uzasadnień do zmian propozycji ofertowych.
2. Dokonywanie rzetelnej weryfikacji zapewnienia w poradniach medycyny paliatywnej wymaganego czasu pracy personelu.

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 Opolu. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

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

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

Opole, 21 grudnia 2018 r.

Kontroler

Agnieszka Roszczak-Fedorowicz
główny specjalista kp

/-/

.....
podpis

Najwyższa Izba Kontroli

Delegatura w Opolu

Dyrektor

z up. Janusz Madej

p.o. Wicedyrektor
Delegatury NIK w Opolu

/-/

.....
podpis

Zmian w wystąpieniu dokonała:

Iwona Zyman, p.o. Dyrektora Delegatury NIK w Opolu

p.o. DYREKTORA
Delegatury NIK w Opolu
.....
podpis
Iwona Zyman