



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Poznaniu

LPO.410.020.01.2019

Agnieszka Pachciarz  
Dyrektor  
Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
ul. Grunwaldzka 158  
60-309 Poznań

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

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

## I. Dane identyfikacyjne

|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Jednostka kontrolowana              | Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia                                                                                                                                                                                                                                 |
| Kierownik jednostki kontrolowanej   | <p>Agnieszka Pachciarz, Dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>W okresie od 6 października 2016 r. do 12 lutego 2017 r. funkcję kierownika jednostki pełnił p.o. Dyrektora Paweł Lisik.</p> <p>(akta kontroli str. 3-5)</p>                    |
| Zakres przedmiotowy kontroli        | <p>1. Planowanie i kontraktowanie świadczeń w zakresie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.</p> <p>2. Nadzór, monitorowanie i rozliczanie wykonania świadczeń w zakresie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.</p> |
| Okres objęty kontrolą               | Lata 2017 – 2018 oraz I półrocze 2019 r. <sup>1</sup>                                                                                                                                                                                                                                       |
| Podstawa prawna podjęcia kontroli   | Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>2</sup>                                                                                                                                                                                                     |
| Jednostka przeprowadzająca kontrolę | Najwyższa Izba Kontroli<br>Delegatura w Poznaniu                                                                                                                                                                                                                                            |
| Kontroler                           | <p>Paweł Siuda, główny specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr LPO/125/2019 z 5 września 2019 r.</p> <p>(akta kontroli str. 1, 2)</p>                                                                                                                                                 |

<sup>1</sup> Z uwzględnieniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, które miały wpływ na okres objęty kontrolą.

<sup>2</sup> Dz. U. z 2019 r. poz. 489 ze zm., dalej: ustawa o NIK.

## II. Ocena ogólna<sup>3</sup> kontrolowanej działalności

### OCENA OGÓLNA

Środki przekazane przez Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: Oddział albo OW NFZ) w latach 2017-2019 (I półrocze) zapewniały właściwy poziom finansowania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych (dalej: SPO) w ramach opieki długoterminowej. OW NFZ prawidłowo określił zapotrzebowanie i zaplanował wydatki na te świadczenia, w szczególności realizowane w warunkach stacjonarnych i domowych. Badanie losowo wybranej próby postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie tych świadczeń wykazało ich rzetelne przygotowanie i przeprowadzenie. Oddział rzetelnie nadzorował realizację umów i przestrzeganie standardów udzielania świadczeń.

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

### OBSZAR

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

#### Opis stanu faktycznego

#### 1.1. Określenie przez Oddział zapotrzebowania na świadczenia w zakresie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, w szczególności świadczeń realizowanych w warunkach stacjonarnych oraz zaplanowanie wydatków na ten cel.

Oddział przyjął do planu zakupu w zakresie opieki długoterminowej na lata 2017-2019 regionalne priorytety zdrowotne, zgodnie z procedurą definiowania priorytetów zdrowotnych i planowania zakupu świadczeń<sup>5</sup>, zaakceptowaną przez Prezesa NFZ. Jeden spośród pięciu priorytetów, uwzględnionych w planach zakupu na lata 2018 - 2019 dotyczył zwiększenia dostępności do świadczeń w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym/opiekuńczo-lecznym. Przyjęcie tego priorytetu uzasadniono potrzebą zwiększenia dostępności do ww. świadczeń na terenie województwa oraz ograniczeniem migracji pacjentów celem leczenia poza jego obszarem. Plany na lata 2017, 2018 i 2019 zawierały m.in. dane o: specyfice województwa, rozmieszczeniu przestrzennym ludności; strukturze organizacyjnej rynku świadczeń opieki zdrowotnej<sup>6</sup>, dostępności personelu medycznego (tj. o potencjale i zasobach podmiotów leczniczych), realizacji świadczeń w poszczególnych zakresach świadczeń oraz analizy porównawcze stanu umów na tle kraju. Plan na 2017 r. zawierał prognozę demograficzną do 2050 r., z której wynikało, że wzrastać będzie liczba osób w wieku emerytalnym. Tendencja ta wskazana została również w planach na lata 2018 i 2019. W planach zamieszczono ponadto dane i analizy dotyczące poziomu realizacji umów, w tym SPO.

(akta kontroli str. 6-49)

Jak wyjaśniła Hanna Philips - Zastępca Dyrektora ds. Medycznych, przesłanką do przyjęcia ww. priorytetu był utrzymujący się niski poziom zabezpieczenia świadczeń

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

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

<sup>5</sup> Nr 2016/001/DSOZ/PZ/3.0.

<sup>6</sup> Tj. liczbie podmiotów działalności leczniczej, rodzajach realizowanych świadczeń, liczbie miejsc ich udzielania, liczbie zawartych umów.

w województwie na tle kraju<sup>7</sup>. Ponadto, z rozmieszczenia terytorialnego placówek realizujących świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym/opiekuńczo leczniczym<sup>8</sup> wynikało, że w 16 powiatach Wielkopolski nie było świadczeniodawcy. Jednocześnie wnioski i rekomendacje dla wybranych zakresów szpitalnictwa Mapy potrzeb zdrowotnych<sup>9</sup> w zakresie chorób wewnętrznych wskazywały na potrzebę zracjonalizowania liczby łóżek na tych oddziałach w Wielkopolsce. Tym samym, w obliczu starzenia się społeczeństwa, wskazywały na możliwość przekształcania części łóżek internistycznych w łóżka opieki długoterminowej. Z uwagi na przyjęcie długookresowego terminu realizacji priorytetu, dany priorytet Oddział zastosował również na 2019 r. Z-ca Dyrektora ds. Medycznych wskazała przy tym jednocześnie, że ww. przesłanki istniały również w chwili opracowywania planu na 2017 r., przy czym zaznaczyła, że w obliczu zmian w systemie opieki zdrowotnej polegających na tworzeniu sieci szpitali, istniejących potrzeb w wielu dziedzinach medycyny oraz możliwości przyjęcia maksymalnie pięciu priorytetów regionalnych, Oddział uwzględnił inne obszary, które w tym czasie uznał za priorytetowe.

(akta kontroli str. 52-56)

W 2017 r., przystępując do konkursów na udzielanie świadczeń w ZOL na następne pięć lat, zaplanowano obszary kontraktowania na poziomie pięciu subregionów<sup>10</sup>. Natomiast obszary kontraktowania świadczenia w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej domowej zaplanowano na poziomie powiatów.

(akta kontroli str. 15, 56)

Przygotowując się do planowania zakupu świadczeń w zakresie opieki długoterminowej na lata 2017, 2018, 2019 Oddział korespondował ze świadczeniodawcami w przedmiocie zabezpieczenia i możliwości zwiększenia dostępności do świadczeń. Natomiast współpraca z posłem na Sejm RP<sup>11</sup> przyczyniła się do zapewnienia pielęgniarstwa w opiece długoterminowej w jednym z domów pomocy społecznej.

(akta kontroli str. 53, 67-75)

OW NFZ na świadczenia w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej zaplanował w latach 2017, 2018 i 2019 odpowiednio: 94 000 tys. zł, 103 500 tys. zł, 113 232 tys. zł, co stanowiło w tych latach odpowiednio: 1,35%, 1,42% i 1,43% kosztów świadczeń opieki zdrowotnej ogółem.

(akta kontroli str. 505-512)

W latach 2017 - 2018 oraz w I półroczu 2019 wykonanie planu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej wyniosło odpowiednio: 94,08%, 96,35%, 83,27%.

(akta kontroli str. 131-136)

Zgodnie z planami zakupu świadczeń, liczba zakontraktowanych świadczeń w 2017 r., 2018 r. i w I półroczu 2019 wyniosła dla:

---

<sup>7</sup> Analiza porównawcza danych o liczbie punktów oraz wartości umów na 10 tys. ludności (wg stanu na dzień 19 sierpnia 2016 r.) z Wielkopolski na tle analogicznych danych z pozostałych województw wskazała na zajmowanie 16 pozycji w kraju w poziomie zabezpieczenia dostępności do świadczeń.

<sup>8</sup> Dalej: ZOL.

<sup>9</sup> O której mowa w art. 95a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1373, ze zm.).

<sup>10</sup> Regiony: leszczyński, kaliski, koniński, pilski i poznański. Przy czym kontraktowanie na tym poziomie przeprowadzano w 2017 r., poprzednio kontraktowano te świadczenia na poziomie województwa. Prowadząc natomiast postępowania uzupełniające NFZ określał obszar kontraktowania odpowiadający grupie powiatów.

<sup>11</sup> Prowadzona w okresie od lipca do września 2017 r.

- zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie odpowiednio: 88 439 (końcowo 94 201), 95 576 (końcowo 760 697) i 552 350,
  - zespołu długoterminowej opieki domowej dla dzieci wentylowanych mechanicznie odpowiednio: 22 402 (końcowo 39 837), 22 402 (końcowo 142 620), 127 155,
  - świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej domowej odpowiednio: 919 936 (końcowo 980 640), 947 136 (końcowo 943 131), 96 308,
  - świadczeń w ZOL odpowiednio: 323 762 (końcowo 346 134,35), 333 612 (końcowo 660 818), 1 008 308,
  - świadczeń w ZOL dla dzieci i młodzieży odpowiednio: 3 990 (końcowo 6 133), 3 926 (końcowo 14525), 16 607,
  - świadczeń w ZOL dla pacjentów wentylowanych mechanicznie odpowiednio: 10 950 (końcowo 18 454), 10 950 (końcowo 118 334,75), 139 113,
  - świadczeń w ZOL dla dzieci wentylowanych mechanicznie 1 840 (końcowo 0) w 2017 r. OW NFZ nie zakontraktował tych świadczeń na 2018 r. i 2019 r.
- (akta kontroli str. 137)

Wyjaśniając brak zakontraktowania świadczeń w ZOL dla dzieci wentylowanych mechanicznie na 2018 r. i 2019 r., Z-ca Dyrektora ds. Medycznych wskazała, że Oddział dwukrotnie ogłaszał postępowania konkursowe celem zawarcia umów na przedmiotowe świadczenia, tj. w dniu 3 lutego oraz 12 maja 2017 r. W obu przypadkach postępowania zostały unieważnione z powodu braku ofert. Biorąc to pod uwagę oraz brak jakichkolwiek sygnałów ze strony świadczeniodawców wyrażających wolę realizacji świadczeń w zakresie świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla dzieci wentylowanych mechanicznie / opiekuńczo - leczniczym dla dzieci wentylowanych mechanicznie, Oddział nie zaplanował środków na ten cel w latach 2018 i 2019. W opinii OW NFZ, wobec braku świadczeniodawców na terenie Wielkopolski w tym zakresie oraz ograniczeń finansowania świadczeń, planowanie środków na ww. świadczenia prowadziłoby do blokowania środków finansowych, które mogły być wykorzystane w pozostałych zakresach realizowanych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

(akta kontroli str. 448-468)

Z-ca Dyrektora ds. Medycznych wyjaśniając znaczące zwiększenie liczby świadczeń w ZOL, ujętych w planie zakupów na 2019 r., podała, że oddziały NFZ konstruuje plan zakupu świadczeń w oparciu o procedurę definiowania priorytetów zdrowotnych i planowania zakupu świadczeń<sup>12</sup>, której celem jest zarządzanie procesem planowania zakupu świadczeń poprzez wprowadzenie i stosowanie zasad tworzenia planu zakupu świadczeń oraz monitorowania jego realizacji. Zgodnie z procedurą i wzorem tabel, w planie zakupu świadczeń Oddział określa m.in. wartość oraz liczbę jednostek rozliczeniowych. Wskazania również wymaga, że w odniesieniu do świadczeń ZOL w latach objętych kontrolą jednostki rozliczeniowe uległy zmianie na podstawie zarządzeń Prezesa NFZ. W zakresie świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze/opiekuńczo-lecznicze z dniem 1 lipca 2018 r. zarządzenie nr 45/2018/DSOZ Prezesa NFZ z 30 maja 2018 r. na podstawie obwieszczenia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji z 15 marca 2018 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, określonych na lata 2018-2022,

<sup>12</sup> Na 2017 r. - Procedura definiowania priorytetów zdrowotnych i planowania zakupu świadczeń w wersji 3.0, wprowadzona pismem DAiS.032.1.2016- 1.05255.KKU; na 2018 r. - Procedura definiowania priorytetów zdrowotnych i planowania zakupu świadczeń w wersji 4.0, wprowadzona pismem DSOZ.401.1402.2017.2017.46821.MCZ, a na 2019 r. - Procedura definiowania priorytetów zdrowotnych i planowania zakupu świadczeń w wersji 4.1, wprowadzona pismem DSOZ.401.1589.2018.2018.48811.MJS.

wprowadziło zmiany wycen świadczeń gwarantowanych udzielanych m.in. w ZOL dla dorosłych oraz ujednoliciło jednostkę rozliczeniową we wszystkich zakresach świadczeń poprzez wprowadzenie punktu. Dla produktu rozliczeniowego osobodzień pobytu w ZOL pacjenta z liczbą punktów 0-40 w skali Barthel<sup>13</sup> taryfa wynosiła 2,59. Co istotne w planach na lata 2017 i 2018 jednostką rozliczeniową był osobodzień. W świetle powyższego ujęta w planie zakupu świadczeń na rok 2019 liczba jednostek rozliczeniowych wskazywała liczbę punktów, a nie osobodni. Zatem celem określenia planowanej liczby produktów rozliczeniowym dla świadczenia bazowego (osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0-40 w skali Barthel) należy uwzględnić wprowadzone zarządzeniem taryfy świadczeń (od 1 stycznia 2019 r. - 2,87), co w przeliczeniu do świadczenia bazowego daje 351326,83 osobodni (iloraz liczby punktów i taryfy określonej dla świadczenia bazowego na 2019 r.).

(akta kontroli str. 448-468)

Średnia wartość świadczeń w ZOL w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców subregionów (wynikająca z zawartych umów) wzrosła z 73,8 tys. zł w 2017 r., do 79,2 tys. zł w 2018 r. oraz do 87 tys. zł w 2019 r. Dwie kolejno najwyższe średnie wartości świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców subregionów wystąpiły w subregionie leszczyńskim (186,8 tys. zł w 2017 r., 184,2 tys. zł w 2018 r. i 206,4 tys. zł w 2019 r.) oraz kaliskim (91,7 tys. zł w 2017 r., 91,5 tys. zł w 2018 r. i 102,6 tys. zł w 2019 r.). Dwie kolejno najniższe średnie wartości świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców subregionów dotyczyły subregionu poznańskiego (39,4 tys. zł w 2017 r., 39,1 tys. zł w 2018 r. i 47,6 tys. zł w 2019 r.) oraz konińskiego (58,2 tys. zł w 2017 r., 59,3,2 tys. zł w 2018 r. i 74,4 tys. zł w 2019 r.).

Średnia wartość świadczeń w pielęgniarstwie długoterminowej domowej w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców powiatu wahała się w 2017 r. od 6,5 tys. zł do 255,2 tys. zł, w 2018 r. - od 13,1 tys. zł do 263,6 tys. zł oraz w I półroczu 2019 - od 6,5 tys. zł do 263,6 tys. zł<sup>14</sup>. W 2018 r. oraz w I półroczu 2019 zwiększyła się liczba powiatów, w których ww. wskaźnik był najwyższy, przy jednoczesnym zmniejszeniu liczby powiatów, w których był on najniższy. W okresie objętym kontrolą świadczenia w pielęgniarstwie długoterminowej były zabezpieczone we wszystkich powiatach województwa wielkopolskiego.

(akta kontroli str. 140-142)

Najwyższa średnia wartość świadczeń w pielęgnacyjnej opiece długoterminowej domowej w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców wystąpiła w powiecie słupeckim (w latach 2017-2019 od 255,2 tys. zł do 263,6 tys. zł), a najniższa – w powiecie złotowskim (w latach 2017-2019 od 9,5 tys. zł do 18,9 tys. zł)<sup>15</sup>.

Jarosław Sołowiej - Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych wyjaśniając powody dysproporcji w zabezpieczeniu ww. świadczeń w poszczególnych powiatach, zwrócił uwagę na uwarunkowania związane z rozmieszczeniem podmiotów, posiadanym przez nie potencjałem, dotychczasową liczbą umów oraz rzeczywistym poziomem realizacji świadczeń w okresie poprzedzającym

<sup>13</sup> Narzędzie służące do oceny sprawności funkcjonalnej człowieka w zakresie podstawowych funkcji życia codziennego w skali od w pełni niesamodzielnego (0 pkt) do samodzielnego (100 pkt); skala służy zwłaszcza do pomiaru wydajności w wykonywaniu codziennych czynności, a każdy element wydajności oceniono liczbą punktów przypisanych do każdego poziomu; skala wykorzystuje dziesięć zmiennych opisujących wykonywanie codziennych czynności i mobilność. O wykorzystaniu tej skali jest mowa m.in. w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. z 2015 r., poz. 1658).

<sup>14</sup> W każdym z tych lat najwyższy ww. wskaźnik odnotowywany był w powiecie słupeckim, natomiast najniższy w powiecie kaliskim.

<sup>15</sup> W porównaniu tym pominięto celowo powiat kaliski, który statystycznie posiadał najniższe zabezpieczenie, uwzględniając fakt, że zabezpieczenie powiatu m. Kalisz należało do grupy powiatów zabezpieczonych najlepiej.

postępowania konkursowe. Wskazał przy tym, że w wyniku działań Oddziału w powiecie o najniższym wskaźniku udało podnieść się ww. poziom do 18 tys. zł.

(akta kontroli str. 140-142, 410-412)

OW NFZ nie gromadził danych o liczbie osób skierowanych do ZOL i oczekujących na udzielenie świadczenia. Zastępca Dyrektora ds. Medycznych wyjaśniając, w jaki sposób określano zapotrzebowanie na ww. świadczenia podała, że zapewniając świadczenia na I półrocze 2017 r. OW NFZ dokonał aneksowania wcześniej zawartych umów. Przystępując w 2017 r. do konkursów na świadczenia na kolejne pięć lat, uwzględniając specyfikę świadczeń opieki długoterminowej, Oddział dokonał analiz obejmujących liczbę umów w tym zakresie, rozmieszczenie podmiotów oraz wartość świadczeń określonych na okres bezpośrednio poprzedzający postępowanie konkursowe (I półrocze 2017 r.). Ponadto, OW NFZ dokonał oceny realizacji świadczeń przez świadczeniodawców na rzecz ubezpieczonych w odniesieniu do miejsca zamieszkania pacjenta w podziale na subregiony z uwzględnieniem kolejno następujących po sobie miesięcy 2016 r., a także przeprowadził analizę liczby pacjentów objętych opieką w tym roku. W planach zakupów na 2018 r. i 2019 r. uwzględniono stan realizacji umów wieloletnich, a w 2018 r. zaplanowano ponadto konkursy uzupełniające.

(akta kontroli str. 50, 54-59)

## **1.2 Kontraktowanie świadczeń opieki długoterminowej w poszczególnych zakresach**

W okresie 2017-2019 (I półrocze) na świadczenia w pielęgniarstwie domowym<sup>16</sup>, w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym/opiekuńczo-leczniczym<sup>17</sup> oraz w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla dzieci i młodzieży/opiekuńczo-leczniczym dla dzieci i młodzieży<sup>18</sup>, OW NFZ wydatkował łącznie 140 036,1 tys. zł. Wydatki na te świadczenia wzrosły z 53 903,9 tys. zł w 2017 r. do 56 634,5 tys. zł w 2018 r. oraz do 29 497, 7 tys. zł w pierwszym półroczu 2019 r.

(akta kontroli str. 130)

Zgodnie z umowami i zawartymi w tym przedmiocie ugodami wzrosła liczba zakontraktowanych świadczeń w ZOL (z 346 635,35 w 2017 r. do 651 698 w 2018 r. oraz do 1 011 531 w 2019 r. - wzrost rok do roku o 88% i 55%) oraz liczba świadczeń w ZOL dla dzieci i młodzieży (z 6 133 w 2017 r. do 13 925 w 2018 r. oraz do 20 065 w 2019 r. - wzrost rok do roku o 127% i 44,1%).

Liczby zakontraktowanych świadczeń, w latach 2017 – 2019, w poszczególnych zakresach, na podstawie umów i zawartych w tym przedmiocie uгод, wyniosły:

- zespół długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie (215 242 w 2017 r., 760 697 w 2018 r. (wzrost w porównaniu do 2017 r. o 253,4%) i 628 085 w 2019 r.),
- zespół długoterminowej opieki domowej dla dzieci wentylowanych mechanicznie 39 837 w 2017 r., 142 620 w 2018 r. (wzrost w porównaniu do 2017 r. o 258%) i 139 870 w 2019 r.,
- świadczenia w ZOL dla pacjentów wentylowanych mechanicznie 25 386,8 w 2017 r., 118 334,75 w 2018 r. (wzrost w porównaniu do 2017 r. o 366,1%) i 141 118 w 2019 r.,

<sup>16</sup> W ww. okresie wydatki na świadczenia w pielęgniarstwie domowym wyniosły łącznie 70 150,2 tys. zł.

<sup>17</sup> W ww. okresie wydatki na świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym/opiekuńczo-leczniczym wyniosły 68 345,4 tys. zł.

<sup>18</sup> W ww. okresie wydatki na świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla dzieci i młodzieży/opiekuńczo-leczniczym dla dzieci i młodzieży wyniosły łącznie 1 540,5 tys. zł.

- świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej domowej (980 381 w 2017 r., 1 011 033 w 2018 r. (wzrost w porównaniu do 2017 r. o 3,1%) i 942 627 w 2019 r.).

Średnia wartość świadczeń w ZOL w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców wzrosła z 75,7 tys. zł w 2017 r., do 79,2 tys. zł w 2018 r. oraz do 87 tys. zł w I półroczu 2019 r. Wartości świadczeń (rozliczonych na podstawie umów i ugód) w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców obszaru kontraktowania były najwyższe w subregionie leszczyńskim (190,2 tys. zł w 2017 r., 201,9 tys. zł w 2018 r. i 215 tys. zł w 2019 r.). Najniższe natomiast wartości tych świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców wystąpiły w subregionie poznańskim (40,5 tys. zł w 2017 r., 43,1 tys. zł w 2018 r. i 48 tys. zł w 2019 r.).

(akta kontroli str.140-142)

Wyjaśniając powody dysproporcji w zabezpieczeniu świadczeń w ZOL, mierzonej ich wartością w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców, występujących w subregionach - leszczyńskim i poznańskim, Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych podał, że Oddział planując postępowania konkursowe celem zawarcia umów na świadczenia w ZOL od 1 lipca 2017 r., w warunkach kontraktowania na poziomie subregionów, uwzględniał rozmieszczenie terytorialne placówek będących realizatorami ww. świadczeń oraz ich potencjał umożliwiający sprawowanie opieki nad pacjentami. Wskazał, że istotne znaczenie w analizie zabezpieczenia świadczeń stanowi również poziom migracji pacjentów, w szczególności pacjentów korzystających ze świadczeń na terenie województwa wielkopolskiego i pochodzących spoza tego województwa. Analiza danych w zakresie migracji pacjentów korzystających ze świadczeń w ZOL w okresie planowania postępowania konkursowego, tj. za 2015 r. oraz I półrocze 2016 r. wykazała wysoki poziom migracji w subregionie leszczyńskim, znacznie przewyższający pozostałe subregiony. W 2015 r. wartość świadczeń udzielonych na rzecz pacjentów spoza OW NFZ wyniosła w subregionie leszczyńskim 1 543, 5 tys. zł, w pozostałych subregionach wartość świadczeń udzielonych na rzecz pacjentów spoza OW NFZ kształtowała się następująco: subregion poznański 182,6 tys. zł, subregion kaliski 252,5 tys. zł, subregion pilski 477,7 tys. zł oraz subregion koniński 7,2 tys. zł. W pierwszym półroczu 2016 r. również odnotowano napływ pacjentów w poszczególnych subregionach na podobnym poziomie (z uwzględnieniem okresu sześciu miesięcy). Taki stan uzasadniał potrzebę utrzymania zwiększonych nakładów na przedmiotowe świadczenia w subregionie leszczyńskim. Nie mniej jednak, utrzymujący się niski poziom zabezpieczenia świadczeń w województwie wielkopolskim na tle kraju, będący głównym powodem przyjęcia w planach na lata 2018 i 2019 przez Oddział priorytetu regionalnego „Zwiększenie dostępności do świadczeń w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym/opiekuńczo-leczniczym” stanowi podstawę dalszych działań na rzecz poprawy dostępności do świadczeń w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym /opiekuńczo-leczniczym, a w szczególności na obszarach o najniższym poziomie zabezpieczenia, tj. w subregionie poznańskim, konińskim oraz pilskim. Oddział powyższe realizuje poprzez stopniowe zwiększanie liczby miejsc udzielania świadczeń w ramach nowych umów (konkursy ofert) oraz zwiększenia dostępności z wykorzystaniem potencjału w ramach umów już zawartych. W okresie objętym kontrolą Oddział przeprowadził konkursy uzupełniające na obszarze ww. subregionów, w tym na obszarze subregionu poznańskiego trzy postępowania:

- postępowanie ogłoszone 10 stycznia 2018 r. - celem zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń w związku z rozwiązaniem z dniem 3 stycznia 2018 r. umowy zawartej z zakładem leczniczym Centrum Medyczne „Małgorzata” sp. z o.o. z miejscem udzielania świadczeń w Śremie;
- postępowanie ogłoszone 20 lutego 2019 r. na obszarze grup powiatów subregionu poznańskiego celem zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń w związku

z zakończeniem realizacji świadczeń przez BONA-SPE Śremski Ośrodek Onkologiczny S.A. oraz poprawą dostępności do świadczeń w subregionie poznańskim - postępowanie unieważniono;

- postępowanie ogłoszone 25 marca 2019 r. w związku z unieważnieniem ww. postępowań na obszarach grup powiatów subregionu poznańskiego.

W wyniku przeprowadzonych postępowań konkursowych Oddział zawarł umowy z trzema świadczeniodawcami na dodatkowe 55 łóżek.

Ponadto, na podstawie wniosku jednego ze świadczeniodawców z ww. subregionu od 17 lipca 2018 r. nastąpiło zwiększenie wartości umowy o dodatkowe pięć łóżek.

(akta kontroli str. 412-413)

W latach 2017 - 2018 oraz w I półroczu 2019 liczba pacjentów, którzy korzystali ze świadczeń w ZOL wynosiła odpowiednio: 2 202, 2 083 i 1879. Liczba zrealizowanych świadczeń w ZOL (mierzona w osobodniach) wynosiła w tych okresach odpowiednio: 282 085, 282 433 i 200 612.

Średnia wartość świadczeń (rozliczonych na podstawie umów i ugód) w pielęgniarstwie długoterminowej domowej, w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców powiatu, wahała się od 2,5 tys. zł do 271,2 tys. zł w 2017 r., od 4,6 tys. zł do 289,8 tys. zł w 2018 r. oraz od 6,5 tys. zł do 263,6 tys. zł<sup>19</sup> w I półroczu 2019 r. W latach 2018 - 2019 zwiększyła się liczba powiatów, w których ww. wskaźnik był najwyższy, przy jednoczesnym zmniejszeniu liczby powiatów, w których był on najniższy.

W latach 2017 - 2018 oraz w I półroczu 2019 liczba pacjentów, którzy korzystali ze świadczeń w pielęgniarstwie długoterminowej domowej wynosiła odpowiednio: 5 013, 4 880 i 4 403. Liczba zrealizowanych świadczeń w pielęgniarstwie długoterminowej domowej (mierzona w osobodniach) wynosiła w tych okresach odpowiednio: 1 221 103, 1 266 628 i 910 071.

(akta kontroli str.140-142)

W okresie objętym kontrolą, podjęte przez Oddział działania mające na celu niwelowanie różnic w dostępie do świadczeń polegały przede wszystkim na zmianie w 2017 r. obszarów kontraktowania w zakresie świadczenia w ZOL – z województwa na subregiony oraz w zakresie świadczeń w pielęgniarstwie długoterminowej domowej - z subregionów na powiaty.

(akta kontroli str. 15-16, 56, 57)

Jak podała Z-ca Dyrektora ds. Medycznych, taki sposób postępowania umożliwił podział środków finansowych zgodnie z przyjętym planem zakupu świadczeń, bliżej miejsca zamieszkania pacjenta. Wskazała przy tym że, aktualnie nie jest możliwe równomierne rozłożenie przedmiotowych świadczeń w poszczególnych powiatach w zakresie ZOL, co jest wynikiem rozmieszczenia terytorialnego placówek będących realizatorami ww. świadczeń oraz ich potencjału umożliwiającego sprawowanie opieki nad pacjentami. Zauważyła, że świadczenia realizowane w ZOL należą do świadczeń długoterminowych, zatem określając poziom finansowania świadczeń, czy to w konkursie ofert, czy też w ramach umów wieloletnich, Oddział jest zobligowany do zapewnienia kontynuacji leczenia pacjentom objętych ww. leczeniem i wymagających takiego leczenia w dłuższym okresie czasu.

OW NFZ podejmował działania polegające na poprawie dostępności do świadczeń na obszarach o najniższym poziomie zabezpieczenia. W związku z tym w zakresie świadczenia w ZOL prowadził konkursy uzupełniające na terenie subregionu poznańskiego, konińskiego oraz pilskiego z wyłączeniem powiatów, w których przedmiotowe świadczenia już zostały zabezpieczone.

<sup>19</sup> W każdym z tych lat najwyższy ww. wskaźnik odnotowywany był w powiecie śłupeckim, natomiast najniższy w powiecie kaliskim.

Oddział podejmował działania mające na celu dostosowanie poziomu finansowania świadczeń do rzeczywistej realizacji świadczeń i to zarówno w toku trwania danego roku, jak i po jego zamknięciu w terminie do 14 lutego roku następnego, płacąc za świadczenia wykonane ponad wartość umów w zakresie świadczenia w ZOL oraz świadczenia w pielęgniarstwie długoterminowej domowej za lata 2017 i 2018 oraz za I półrocze 2019 r.

(akta kontroli str. 56, 57)

### **1.3. Przygotowanie i przeprowadzenie postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki długoterminowej w trybie stacjonarnym i odrębnie w warunkach domowych na lata 2017-2019 (I półrocze)**

W wyniku badania czterech losowo wybranych postępowań w trybie konkursu ofert, prowadzonych w latach 2017-2019<sup>20</sup> ustalono, że Dyrektor Oddziału powołał komisje konkursowe zgodnie z art. 139 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>21</sup>, a ich członkowie po otwarciu ofert złożyli oświadczenia o których mowa w art. 139 ust. 6 ww. ustawy. Komisje posiadały umocowania prawne do działania na obszarze, odnośnie do których rozstrzygały, adekwatnym do obszaru, który określono w ogłoszeniach<sup>22</sup>. Komisje składały się z minimum pięciu osób (maksymalnie 21). W skład każdej z czterech badanych komisji wchodziły osoby posiadające wykształcenie prawnicze oraz osoby z wykształceniem wyższym, posiadające dyplomy uczelni medycznych, tj. mgr pielęgniarstwa oraz mgr nauk o zdrowiu, co w świetle przyjętej w Oddziale interpretacji przepisów odpowiadało wymogom § 6 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy<sup>23</sup>.

(akta kontroli str. 367-410)

Wartości świadczeń wskazane w przedmiotowych postępowaniach mieściły się w planach zakupu świadczeń. Postępowania konkursowe trwały od 31 dni (w przypadku postępowań dla grup powiatów) do 75 dni (w przypadku postępowań dla subregionów). W prowadzonych postępowaniach konkursowych udział brało od sześciu do 25 pracowników Oddziału. Ogłoszenia o postępowaniu zawierały wszystkie elementy określone w § 3 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 22 grudnia 2014 r. Konkursy przebiegały zgodnie z wymogami art. 142 ustawy o świadczeniach. W dokumentacji konkursowej znajdowały się protokoły z czynności komisji m.in. dotyczące wstępnej oceny ofert, weryfikację ofert, negocjacji, wyboru ofert oraz zakończenia postępowania. Porównanie ofert odbywało się z uwzględnieniem kryterium jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości i ceny. W trzech postępowaniach konkursowych, spośród czterech objętych badaniem, przeprowadzono cztery kontrole u świadczeniodawców<sup>24</sup>.

W trzech postępowaniach nie wniesiono odwołań. W jednym postępowaniu<sup>25</sup> świadczeniodawca wniósł odwołanie od rozstrzygnięcia ogłoszonego 14 kwietnia

<sup>20</sup> Dwa postępowania z 2017 r.: nr 15-17-000083/spo/14/1/14.5160.026.04/01 - obejmujące subregion byłego województwa leszczyńskiego oraz nr 15-17-000083/spo/14/1/14.5160.026.04/01 - obejmujące subregion byłego województwa poznańskiego oraz z 2019 r. nr 15-19-000071/spo/14/1/14.5160.026.04/01 obejmujące grupę 6 powiatów oraz 15-19-000083/spo/14/1/14.5160.026.04/01 obejmujące grupę 2 powiatów.

<sup>21</sup> Dz. U. z 2019 r. poz. 1373 ze zm., dalej zwana ustawą o świadczeniach.

<sup>22</sup> Zgodnie z treścią § 1 zarządzeń Dyrektora OW NFZ nr: 99/2017 i 103/2017 z 3 lutego 2017 r. oraz 116/2019 r. z 25 marca 2019 r. i 246/2019 z 2 lipca 2019 r.

<sup>23</sup> Dz. U. z 2018 r. poz. 1897, dalej: rozporządzenie Ministra Zdrowia z 22 grudnia 2014 r.

<sup>24</sup> Przeprowadzono po jednej kontroli w toku postępowań z 2019 r. oraz dwie w toku postępowania z 2017 r. dot. subregionu leszczyńskiego.

<sup>25</sup> Nr 15-17-000083/spo/14/1/14.5160.026.04/01.

2017 r. Odwołanie oddalono w całości 12 maja 2017 r., o czym powiadomiono biorących udział w konkursie. Informację w tym zakresie opublikowano na stronie internetowej Oddziału<sup>26</sup>.

(akta kontroli str. 144-352, 432-435)

Informacje o postępowaniach konkursowych przekazane zostały do okręgowych izb lekarskich i pielęgnarskich, zgodnie z § 3 ust. 5 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 22 grudnia 2014 r., tj. w tym samym dniu pocztą elektroniczną oraz od dwóch do czterech dni - pocztą tradycyjną.

(akta kontroli str. 353-366)

#### **1.4. Ocena ofert.**

W wyniku badania 11 ofert (dotyczących 12 miejsc udzielania świadczeń), złożonych w dwóch postępowaniach prowadzonych w 2017 r. ustalono, że:

- oferty były kompletne i spełniały warunki udzielania świadczeń, zgodnie z załącznikiem nr 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej<sup>27</sup>,
- oferty zostały ocenione zgodnie z kryteriami oceny ofert określonymi przez Ministra Zdrowia,
- w ramach weryfikacji oferentów, o której mowa w § 17 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r., komisja w obu postępowaniach wzywała siedmiu oferentów do złożenia wyjaśnień, a w jednym<sup>28</sup> - przeprowadziła weryfikację dwóch oferentów,
- w jednym postępowaniu<sup>29</sup> odwołanie od rozstrzygnięcia wniósł oferent, którego jedno z dwóch zaoferowanych miejsc udzielania świadczeń (Leszno) uzyskało w rankingu końcowym ostatnie miejsce i w tej części oferta nie została wybrana. Biorących udział w konkursie poinformowano o wniesieniu odwołania (w dniu jego zgłoszenia) oraz o uprawnieniach wynikających z ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego<sup>30</sup>. Odwołanie oddalono w całości, o czym powiadomiono biorących udział w konkursie, a informację w tym zakresie zamieszczono na stronie internetowej Oddziału.

Badanie wskaźnika zabezpieczenia obsady pielęgnarskiej (mierzone relacją liczby łóżek świadczeniodawcy, urealnioną o profil pacjentów obsługiwanych dotychczas, do wartości tygodniowego czasu pracy pielęgniarek, deklarowanego w ofercie) w 12 miejscach udzielania świadczeń wykazało jego rozpiętość od 4,98<sup>31</sup> do 18,82, przy czym dla pięciu z tych miejsc wskaźnik ten był niższy od 10, a dla siedmiu wyższy.

(akta kontroli str. 414-431)

#### **1.5. Podział środków pomiędzy podmioty wybrane w postępowaniu o zawarcie umowy w zakresie stacjonarnej i domowej opieki długoterminowej.**

W dokumentacji czterech badanych postępowania znajdowały się uzasadnienia propozycji wyjściowych OW NFZ do negocjacji, tj. jakie zasady zostały przyjęte przy wyliczaniu proponowanej liczby świadczeń i ich ceny (oczekiwanej). Zamieszczano je w założeniach do konkursów, które akceptował dyrektor OW NFZ. Każdy etap

<sup>26</sup> Komunikat nr 12786 z 12 maja 2017 r.

<sup>27</sup> Dz. U. z 2015 r. poz. 1658.

<sup>28</sup> Nr 15-17-000083/spo/14/1/14.5160.026.04/01.

<sup>29</sup> Nr 15-17-000083/spo/14/1/14.5160.026.04/01.

<sup>30</sup> Dz. U. z 2018 r. poz. 2096, ze zm.

<sup>31</sup> Wskaźnik 4,98 dotyczył jednego z miejsc świadczenia usług, które w rankingu konkursu nr 15-17-000083/spo/14/1/14.5160.026.04/01. zajęło ostatnie miejsce (szóste na pięć, wobec których zgodnie z założeniami konkursu, podejmowano dalsze działania) i w konsekwencji nie poddawano dalszemu procedowaniu. Kolejny, najniższy ww. wskaźnik wystąpił również w tym postępowaniu i wynosił 6,82.

postępowania, w tym negocjacji, był udokumentowany. Negocjacje prowadzono z wszystkimi oferentami. Oddział określił wartość zamówienia oraz liczbę umów możliwych do zawarcia w drodze konkursu ofert na podstawie analizy dotychczasowej realizacji świadczeń, tj. ilości ośrodków oraz poziomu realizacji zawartych umów na danym terenie, z uwzględnieniem możliwości finansowych OW NFZ.

(akta kontroli str. 432-435)

W jednym postępowaniu komisja nie przyjmując oferty na jedno z dwóch miejsc świadczeń, (na które otrzymano najniższą liczbę pkt. w rankingu kwalifikacyjnym i końcowym), kierowała się następującymi wytycznymi:

- zasadą proporcjonalności – pozycjonowanie w rankingu zgodnie z pozycją będącą pochodną oceny oferty na podstawie kryterium jakości, kompleksowości oraz ciągłości,
- ustaleniem propozycji do negocjacji oraz ostatecznym podziałem środków finansowych wynikającym z możliwości finansowych zamawiającego, określonych w planie finansowym OW NFZ i kwoty zamówienia określonej w ogłoszeniu,
- maksymalną liczbą pięciu umów, określoną w ogłoszeniu.

Zgodnie z art. 142 ust. 6 ustawy o świadczeniach, komisja konkursowa w części niejawnego konkursu ofert może przeprowadzić negocjacje z oferentami w celu ustalenia liczby planowanych do udzielania świadczeń i ceny za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej. W myśl § 15 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 22 grudnia 2014 r., do negocjacji kwalifikuje się oferentów, licząc kolejno od najwyższej łącznej oceny uzyskanej na podstawie kryteriów niecenowych. Ponadto, zgodnie z obowiązującą procedurą konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach<sup>32</sup>, komisja konkursowa opracowuje propozycje dla oferentów dla każdego miejsca w oparciu o przeprowadzone analizy z wykorzystaniem informacji i danych zawartych w systemie informatycznym Oddziału, w tym wielkości kontraktu i wykonania świadczeń w poprzednim okresie rozliczeniowym.

Jak podała zastępca dyrektora Oddziału w postępowaniu konkursowym nr 15-17-000083/SPO/14/114.5160.026.04/01, w związku z przekroczeniem wartości zamówienia przez oferentów, komisja podjęła decyzję o prowadzeniu negocjacji w celu ustalenia liczby świadczeń (jednostek rozliczeniowych) oraz ceny. Uwzględniając specyfikę świadczeń w ZOL, dotychczasowy poziom realizacji umowy, wielkość zamówienia oraz maksymalną liczbę umów wskazaną w ogłoszeniu (5), komisja konkursowa opracowała propozycję w zakresie liczby i ceny świadczeń. Propozycja cenowa w każdym przypadku uwzględniała cenę oczekiwaną Funduszu (77 zł), natomiast w zakresie liczby świadczeń propozycja komisji uwzględniała zajmowaną pozycję w rankingu oceny ofert z tytułu oceny w kryteriach niecenowych, wynik oceny potencjału świadczeniodawcy oraz dotychczasową realizację świadczeń, w tym strukturę realizowanych świadczeń (realizacja świadczeń kosztochłonnych).

Wskazała także, że w wyniku prowadzonych negocjacji komisja osiągnęła porozumienie ze wszystkimi oferentami zaproszonymi do negocjacji. Z uwagi na wskazaną w ogłoszeniu maksymalną liczbę pięciu umów oraz wartość zamówienia w wysokości 3 651 802,00 zł, komisja nie zaprosiła do negocjacji oferenta, który uzyskał najmniejszą liczbę punktów w rankingu kwalifikacyjnym. Oferent zajął również ostatnią pozycję w rankingu końcowym, stąd oferta ww. oferenta nie została wybrana do zawarcia umowy w tym zakresie.

Na postępowanie konkursowe nr 15-19-000071/SPO/14/ 1/14.5160.026.04/01 - zaplanowano środki finansowe w kwocie 398 860,80 zł (13 260 jednostek

<sup>32</sup> Wprowadzonej na podstawie pisma o sygn. DSOZ.401.1984.2016 I.12635.AGR Prezesa NFZ.

rozliczeniowych). Wskazano cenę oczekiwaną - 30,08 zł oraz maksymalną liczbę umów (jedna).

W ww. postępowaniu złożona została jedna oferta. Oferent, w formularzu ofertowym, w części VI. Szczegóły oferty - oferta ilościowo cenowa, wskazał wartości kwotowe i liczby jednostek rozliczeniowych, zgodnie z kwotą określoną w ogłoszeniu.

Na postępowanie konkursowe nr 15-19-000083/SPO/14/ 1/14.5160.026.04/01 - zaplanowano środki finansowe w kwocie 157 980,16 zł (5 252 jednostki rozliczeniowe). Wskazano cenę oczekiwaną - 30,08 zł oraz maksymalną liczbę umów (jedna). W ww. postępowaniu wpłynęła jedna oferta, z propozycją 21 000 jednostek rozliczeniowych o łącznej wartości 631 680 zł. W związku z tym, że OW NFZ przewidział na powyższe postępowanie konkursowe kwotę 157 980,16 zł, oferent został zaproszony do negocjacji w sprawie ustalenia liczby świadczeń opieki zdrowotnej oraz jej ceny. Negocjacje zakończyły się przyjęciem przez oferenta propozycji Funduszu, która wskazana została w ogłoszeniu.

Jak podała zastępca dyrektora ds. medycznych, w odniesieniu do dwóch postępowań z 2017 r. zmiany w zakresie liczby i ceny po przeprowadzonych negocjacjach względem ofert następowały z uwzględnieniem wielkości środków wskazanych w ogłoszeniu o postępowaniu oraz maksymalnej liczby umów przewidzianej do zawarcia w każdym z nich. Komisja rozdysponowała przewidziane środki finansowe na ten cel w całości, jak również dokonała wyboru maksymalnej liczby umów z uwzględnieniem pozycji oferty w rankingu ofert, potencjału wskazanego do umowy oraz wartości poprzedniej umowy za okres I półrocza 2017 r., w tym realizacji świadczeń kosztochłonnych, przy utrzymaniu ceny oczekiwanej jednostki rozliczeniowej (osobodnia) NFZ.

(akta kontroli str. 469-471)

W ośmiu ofertach, spośród 12 objętych badaniem, liczby świadczeń były niższe (od 76 do 5 397) od liczby świadczeń proponowanych przez NFZ i przyjętych w umowach, w dwóch ofertach zmiany nie wystąpiły, a w pozostałych dwóch<sup>33</sup> liczby świadczeń były wyższe (od 21 do 4 404) od liczby świadczeń proponowanych przez NFZ i przyjętych w umowach. Wartości świadczeń w dziewięciu ofertach były niższe (od 5,9 tys. zł do 465,4 tys. zł) od wartości proponowanych przez NFZ.

(akta kontroli str. 472)

Jak wskazała Zastępca Dyrektora ds. Medycznych, analizy niezbędne do podziału środków na świadczeniodawców biorących udział w postępowaniu konkursowym, Komisja prowadziła z wykorzystaniem informacji i danych zawartych w systemie informatycznym Oddziału KS-SIKCH, rejestru podmiotów leczniczych przy wykorzystaniu arkusza kalkulacyjnego Excel. Wyjaśniła, że komisja uzasadniła opracowaną propozycję w dokumencie „Ranking kwalifikacyjny”, sporządzonym do każdego postępowania odrębnie, przy czym bazy danych wykorzystywane przez komisję na etapie prowadzonych postępowań z uwagi na obszerność danych, prowadzono w wersji elektronicznej.

(akta kontroli str. 471)

W objętych badaniem postępowaniach oferenci nie obniżyli cen w celu poprawy swojej pozycji w rankingu.

(akta kontroli str. 432-435)

---

<sup>33</sup> W których świadczeniodawcy zaproponowali cenę za świadczenie – 2000 zł oraz 84,70 zł - odbiegającą od zaproponowanej przez OW NFZ.

### **1.6. Wsparcie systemów informatycznych w zakresie weryfikacji dokumentacji ofertowej.**

Przewodnicząca dwóch komisji konkursowych<sup>34</sup> wyjaśniła, że dokonywano analizy danych w zakresie świadczeń w ZOL, poprzez indywidualną weryfikację każdej oferty zgodnie z kryteriami określonymi w obowiązujących aktach prawnych. Komisja na własne potrzeby opracowywała bazy danych przy użyciu systemu informatycznego NFZ, które były pomocne przy weryfikacji oferentów. Stworzenie ww. baz było czasochłonne, a następnie podlegało ręcznej weryfikacji danych zawartych w ofertach. W sprawie informacji, których nie można było zweryfikować w systemie informatycznym, komisja konkursowa wzywała oferentów o przedłożenie pisemnych wyjaśnień, co w jej ocenie utrudniało realizację zadań komisji w zakładanym czasie.

Przewodnicząca dwóch innych komisji konkursowych<sup>35</sup> wskazała natomiast, że postępowania te ze względu na liczbę złożonych ofert (w każdym postępowaniu wpłynęła tylko jedna oferta) przebiegły sprawnie. Oferty zostały zweryfikowane ręcznie i weryfikacja nie utrudniła realizacji zadań w zakładanym czasie. Wskazała przy tym, że utworzenie narzędzi informatycznych, które umożliwią sprawdzanie przez komisję konkursową, na podstawie potencjału przedstawionego w ofercie (w wersji elektronicznej), czy oferent spełnia warunki wymagane i rankingujące: dostępność personelu, harmonogramy czasu pracy podmiotu i personelu, sprzęt konieczny do realizacji świadczeń itp., oraz porównanie wykazanego potencjału z innymi ofertami złożonymi w danym postępowaniu, ułatwiłoby i przyspieszyło pracę komisji.

(akta kontroli str. 436-439)

### **1.7. Aneksowanie umów wieloletnich na świadczenia stacjonarnej opieki długoterminowej.**

Badanie próby 12 aneksów do umów wieloletnich, zawartych przez Oddział z sześcioma świadczeniodawcami na lata 2018 i 2019 na początku okresu rozliczeniowego wykazało, że OW NFZ aneksował umowy na podstawie procedury aneksowania umów niewygasających z końcem okresu rozliczeniowego na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, wprowadzonej 25 sierpnia 2011 r. przez Prezesa NFZ<sup>36</sup>. Zgodnie z tą procedurą Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej Oddziału przygotował plan finansowania świadczeń w ramach umów niewygasających na kolejny okres rozliczeniowy w oparciu o plan finansowy i plan zakupu świadczeń. Zgodnie z procedurą świadczeniodawcy otrzymali, do 31 października roku poprzedzającego aneks, propozycję finansową na 2019 r. oraz wzór oświadczenia o aktualizacji potencjału i spełnianiu warunków koniecznych do realizacji świadczeń, wynikających z aktualnych przepisów. Natomiast dokumenty przesłano świadczeniodawcom, za ich zgodą, 9 listopada 2017 r.<sup>37</sup>

Metodologia aneksowania i sposób podziału dodatkowych środków, w stosunku do pierwotnych kontraktów, określona została w procedurze dokonywania zwiększeń wartości umów wobec świadczeniodawców, stosownie do zarządzenia nr 265/2015 Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ z dnia 10 sierpnia 2015 r.

<sup>34</sup> Nr: 15-17-000085/SPO/14/114.5160.026.04/01 i 15-17-000083/SPO/14/114.5160.026.04/01.

<sup>35</sup> Nr 15-19-000071/SPO/14/1/14.5160.026.04/01 oraz nr 15-19-000083/SPO/14/ 1/14.5160.026.04/01.

<sup>36</sup> Pismem o sygnaturze CF/DSOZ/KI/2011/075/1795/W/21518/KI.

<sup>37</sup> Zgodę na wysłanie propozycji finansowej, świadczeniodawcom realizującym umowy SPO, po dniu 31 października 2017 r. tj. w terminie do 10 listopada 2017 r. wyraziła Dyr. OW NFZ 30 października 2017 r. Zgoda była umotywowana zmianą z 13 października 2017 r. wprowadzoną zarządzeniem nr 105/2017/DSOZ Prezesa NFZ zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju SPO, które to zmiany musiały znaleźć odzwierciedlenie w przygotowywanym na 2018 r. planie rzeczowo-finansowym. O takim rozwiązaniu zostali powiadomieni świadczeniodawcy, którzy zawarli z OW NFZ z dniem 30 października 2017 r. zawierając porozumienia wydłużające termin na przesłanie ww. propozycji do 10 listopada 2017 r.

W 2018 r. Oddział, z zastosowaniem ww. zasad, zawarł z sześcioma świadczeniodawcami 21 aneksów umów w związku z rozliczeniem nadwykonań za 2018 r. W efekcie tych działań<sup>38</sup> wszyscy świadczeniodawcy otrzymali pełną zapłatę za udzielone świadczenia. W związku z rozliczeniem nadwykonań za I półrocze 2019 r. Oddział zawarł z ww. świadczeniodawcami siedem aneksów, stosując wobec wszystkich identyczne warunki<sup>39</sup>.

Ponadto w 2018 r. OW NFZ, rozpatrzył pozytywnie wniosek jednego świadczeniodawcy i zwiększył wartość zawartej umowy w celu poprawy dostępności do świadczeń w ZOL na terenie subregionu poznańskiego<sup>40</sup>. Wniosek innego świadczeniodawcy, udzielającego świadczeń w ZOL na terenie subregionu poznańskiego został rozpatrzony negatywnie z uwagi na brak wolnej bazy łóżkowej, umożliwiającej objęcie opieką dodatkowej liczby pacjentów.

(akta kontroli str. 440-447)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

W latach 2017 – 2018 oraz w I półroczu 2019 OW NFZ prawidłowo określił zapotrzebowanie i zaplanował wydatki na świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, w szczególności realizowanych w warunkach stacjonarnych i domowych. Badanie losowo wybranej próby postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie tych świadczeń wykazało ich rzetelne przygotowanie i przeprowadzenie.

OBSZAR

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

Opis stanu  
faktycznego

### **2.1. Rozliczanie i monitorowanie przez Oddział realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju opieka długoterminowa w poszczególnych zakresach.**

Wydatki OW NFZ na poszczególne rodzaje świadczeń w rodzaju opieka długoterminowa przedstawiały się następująco:

- zespół długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie: w 2017 r. - 19 093,2 tys. zł, w tym 3 215,2 tys. zł w ramach nadwykonań, w 2018 r. - 22 650,5 tys. zł, w tym 6 142,8 tys. zł w ramach nadwykonań, w I półroczu 2019 r. - 18 739,1 tys. zł, w tym 2 231,3 tys. zł ponad wartość umów pierwotnych na 2019 r.;
- zespół długoterminowej opieki domowej dla dzieci wentylowanych mechanicznie: w 2017 r. - 3 767,8 tys. zł, (o 134,8 tys. zł mniej niż wynikało z umów), w 2018 r. - 4 290 tys. zł, w tym 465,1 tys. zł w ramach nadwykonań, w I półroczu 2019 - 4 207, 3 tys. zł (o 382,5 tys. zł więcej niż wynikało z umów);

<sup>38</sup> W tym roku nastąpiły cztery tury aneksowania umów, z zastosowaniem różnych parametrów procentowych i kwotowych (od 75% do 100% wartości nadwykonań oraz od 5 tys. zł do 0 zł wartości nieuregulowanych nadwykonań). W każdej z nich stosowano jednolite zasady procentowego oraz kwotowego rozliczania nadwykonań wobec każdego z świadczeniodawców.

<sup>39</sup> W tym roku nastąpiły dwie tury aneksowania umów, z zastosowaniem różnych parametrów procentowych i kwotowych (70% i 80% wartości nadwykonań oraz 1 tys. zł i 0,5 tys. zł wartości nieuregulowanych nadwykonań).

<sup>40</sup> Subregion poznański w 2018 r. był obszarem o najniższym poziomie zabezpieczenia ww. świadczeń w przeliczeniu liczby punktów (jednostek rozliczeniowych) oraz wartości umów, przypadających na 10 tys. mieszkańców subregionu.

- świadczenia w ZOL dla pacjentów wentylowanych mechanicznie: w 2017 r. - 2 115,7 tys. zł, (o 490,4 tys. zł mniej niż wynikało z umów), w 2018 r. - 3 559,4 tys. zł, (o 132,9 tys. zł mniej niż wynikało z umów), w I półroczu 2019 - 4 244,8 tys. zł, (o 60,3 tys. zł więcej niż wynikało z umów);
- świadczenia w pielęgniarstwie długoterminowej domowej: w 2017 r. - 27 150 tys. zł, w tym 727 tys. zł w ramach nadwykonań, w 2018 r. - 28 604,8 tys. zł, w tym 1 051,1 tys. zł w ramach nadwykonań, w I półroczu 2019 - 27 435,2 tys. zł, (o 125,6 tys. zł więcej niż wynikało z umów);
- świadczenia w ZOL: w 2017 r. - 26 189,9 tys. zł, w tym 1 040,8 tys. zł w ramach nadwykonań, w 2018 r. - 27 407,1 tys. zł, w tym 2 396,6 tys. zł w ramach nadwykonań, w I półroczu 2019 - 30 386,6 tys. zł (o 1 351,2 tys. zł więcej niż wynikało z umów);
- świadczenia w ZOL dla dzieci i młodzieży: w 2017 r. - 564,1 tys. zł, w tym 200 tys. zł w ramach nadwykonań, w 2018 r. - 622,7 tys. zł, w tym 261,5 tys. zł w ramach nadwykonań, w I półroczu 2019 - 603,6 tys. zł (o 104,1 tys. zł więcej niż wynikało z umowy).

(akta kontroli str.140-142)

Badanie poziomu realizacji umów ze świadczeniodawcami w latach 2017-2018 wykazało, że tylko w 2017 r. w pięciu przypadkach niewykonanie świadczeń przekroczyło 3%. W trzech przypadkach niewykonania dotyczyły świadczeń w pielęgniarstwie długoterminowej (w powiecie kaliskim o 7,8%, w powiecie grodziskim o 4,5% i w mieście na prawach powiatu – Poznaniu o 3,6%), w jednym przypadku - świadczeń w ZOL (w subregionie poznańskim o 6,4%) oraz w jednym przypadku - świadczeń w ZOL dla pacjentów wentylowanych mechanicznie (w województwie wielkopolskim o 4,1%).

(akta kontroli str.140-142)

Odnosnie do działań, jakie podejmował Oddział w latach 2017 - 2018, w celu ograniczenia poziomu niewykonywania lub nadwykonywania umów na świadczenia SPO, Z-ca Dyrektora ds. Medycznych wskazała, że OW NFZ w okresie od marca do maja 2017 r. przypominał o postanowieniach ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz konieczności przestrzegania proporcjonalnego do upływu czasu sposobu podziału ilości kontraktowanych świadczeń adekwatnie do miesięcznych okresów sprawozdawczych<sup>41</sup>.

Ponadto w związku z prowadzonym monitorowaniem realizacji umów, działając zgodnie z uprawnieniami dyrektora wynikającymi z art. 107 ust. 5 pkt 12 lit. b ustawy o świadczeniach, Oddział w przypadkach stwierdzenia niepełnej realizacji umowy, znacznie odbiegającej od wartości określonej w poszczególnych okresach sprawozdawczych kierował pisma do świadczeniodawców w przedmiocie złożenia wyjaśnień zaistniałego stanu. W odniesieniu do świadczeniodawców udzielających świadczeń w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej w 2018 r. OW NFZ podejmował ww. działania w dwóch fazach - w miesiącu marcu (cztery wezwania) oraz lipcu (sześć wezwań). W maju 2019 r. Oddział podjął czynności wyjaśniające wobec sześciu podmiotów.

(akta kontroli str. 449-450, 453-465)

W okresie objętym kontrolą Oddział prowadził kwartalne analizy, obejmujące m.in. poziom realizacji świadczeń w odniesieniu do planu rzeczowo-finansowego (stanowiącego załącznik do umowy), jakościowy poziom wykonywania umów, obejmujący m.in. długość pobytu pacjentów w ZOL, liczbę i udział pacjentów

<sup>41</sup> Przesłano do wszystkich podmiotów komunikat z dnia 17 marca 2017 r. oraz pismo znak WEF-DPAE.4300.4.2017 JW.2361-0 z dnia 16 maja 2017 r.

kosztochłonnym objętych leczeniem opieki długoterminowej, udział pacjentów objętych leczeniem wentylacji domowej, w podziale na wentylację inwazyjną i nieinwazyjną.

Z-ca Dyrektora ds. Medycznych podała, że powyższe działania miały na celu monitorowanie prawidłowości realizacji umów przez świadczeniodawców, ocenę wskaźników jakościowych świadczonych usług oraz ocenę danych pod względem statystycznym. Na podstawie wyników tych analiz, OW NFZ podejmował działania ograniczające poziom niedowyoń oraz działania mające na celu zwiększanie dostępności do świadczeń, dostosowanie poziomu finansowania świadczeń do rzeczywistej realizacji świadczeń z tytułu m.in. objęcia opieką pacjentów kosztochłonnym. Ponadto na podstawie analizy jakościowej sprawozdawanych świadczeń, obejmującej m.in. długość pobytu pacjenta, jednostki chorobowe i zrealizowanie procedur medycznych, celem efektywnego wykorzystania środków w ramach zawartych umów, Oddział podejmował działania informacyjne dla świadczeniodawców. W ich ramach OW NFZ przeprowadził spotkanie w czerwcu 2018 r. z dyrektorami placówek i kierownikami ZOL, przy udziale konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, podczas którego został zaprezentowany poziom wykonania umów pod względem ilościowym i jakościowym, w tym wyniki analiz dotyczące długości pobytów pacjentów oraz realizacji procedur medycznych. Spotkanie miało również za zadanie przypomnienie zasad realizacji w/w świadczeń, a także podkreślenie leczniczego, w tym usprawniającego celu pobytu pacjenta w podmiotach opiekuńczo - leczniczych.

Jak wyjaśniła Z-ca Dyrektora, ds. Medycznych, w latach objętych kontrolą Oddział przeprowadzał bieżące oraz wsteczne weryfikacje raportów statystycznych, stanowiących informację o poszczególnych świadczeniach opieki zdrowotnej, które zostały udzielone w okresie sprawozdawczym we wszystkich zakresach świadczeń SPO. Reguły weryfikacji w latach 2017-2019 określone zostały przez Centralę NFZ. Ponadto wskazała, że wyniki wszystkich weryfikacji są automatycznie generowane na konta internetowe świadczeniodawcy SZOI<sup>42</sup>. W okresie objętym badaniem, w wyniku prowadzonych weryfikacji raportów statystycznych, przedkładanych przez świadczeniodawców w ramach umów w rodzaju SPO, zakwestionowano 2 567 świadczeń o łącznej wartości 693,2 tys. zł<sup>43</sup>.

(akta kontroli str. 450, 451)

## **2.2. Sprawowanie przez Oddział kontroli realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju opieka długoterminowa.**

W okresie objętym kontrolą Oddział przeprowadził łącznie siedem kontroli dotyczących SPO, z tego w 2019 r. jedną koordynowaną, cztery ujęte w planie na 2017 r.<sup>44</sup> oraz dwie doraźne (po jednej w 2017 r. i 2018 r.).

W wyniku kontroli koordynowanej przeprowadzonej w 2019 r., obejmującej świadczenia w ZOL o wartości 744 tys. zł<sup>45</sup>, dotyczącej oceny prawidłowości realizacji umów, zakwestionowano świadczenia o wartości 5,4 tys. zł i nałożono karę umowną w wysokości 11,7 tys. zł. Podstawą nałożenia kary było niezapewnienie deklarowanego personelu i nieudzielanie świadczeń w sposób kompleksowy.

<sup>42</sup> System Zarządzania Obiegiem Informacji.

<sup>43</sup> W latach 2017, 2018 i 2019 (wg stanu na 25.10.) zakwestionowano odpowiednio następującą liczbę i wartość świadczeń: 301 o wartości 197 787,79 zł, 188 o wartości 269 944,23 zł i 2078 o wartości 225 473,61 zł.

<sup>44</sup> Ww. cztery kontrole stanowiły 11,8% wszystkich (34) kontroli zaplanowanych i zrealizowanych przez OW NFZ w tym roku.

<sup>45</sup> Wartość umowy objętej kontrolą wynosiła 5,3% wartości umów zawartych przez OW NFZ w zakresie świadczeń w ZOL w 2019 r.

Zaplanowane i zrealizowane w 2017 r. kontrole świadczeń w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej domowej prowadzono w celu oceny prawidłowości rozliczania świadczeń z uwzględnieniem sposobu kwalifikacji pacjentów, w oparciu o skalę Barthel, oraz poziomu satysfakcji pacjentów. Wynikiem tych kontroli (obejmujących umowy o łącznej wartości 107,4 tys. zł<sup>46</sup>) było nałożenie kar umownych w wysokości 6 tys. zł z uwagi na: gromadzenie informacji lub prowadzenie dokumentacji, w tym medycznej w nieprawidłowy sposób, niepodanie do wiadomości świadczeniobiorców zasad rejestracji i organizacji udzielania świadczeń, udzielanie świadczeń w sposób naruszający warunki umowy.

Kontrola doraźna z 2017 r. dotyczyła umowy o wartości 382,5 tys. zł i obejmowała ocenę zapewnienia dostępności i gotowości do udzielania świadczeń względem deklarowanego potencjału oraz organizacji udzielania świadczeń. W jej wyniku nałożono karę umowną o wartości 1,9 tys. zł z uwagi na nieudzielanie świadczeń w miejscu i czasie ustalonym w umowie<sup>47</sup>.

Kontrola doraźna z 2018 r. dotyczyła umowy o wartości 1 248,7 tys. zł i obejmowała: zapewnienie warunków do udzielania świadczeń na co najmniej deklarowanym poziomie, a także prawidłowość rozliczenia świadczeń oraz sposób prowadzenia dokumentacji medycznej. W jej wyniku zakwestionowano świadczenia o wartości 3,7 tys. zł i nałożono karę umowną w wysokości 17,6 tys. zł. Przyczyną nałożenia kary było przedstawianie przez świadczeniodawcę danych niezgodnych ze stanem faktycznym, będących podstawą płatności przez NFZ, prowadzenie dokumentacji medycznej w nieprawidłowy sposób, niezapewnienie deklarowanego personelu i nieudzielanie świadczeń w sposób kompleksowy.

W sześciu kontrolach<sup>48</sup> monitorowano celowość, udzielanych w ramach umów świadczeń, o której mowa w art. 107 ust. 5 pkt 14 ustawy o świadczeniach.

W dwóch kontrolach<sup>49</sup> monitorowano działania świadczeniodawców polegające na ograniczaniu świadczeń psychologów i rehabilitantów, przy czym nie ustalono zjawiska podwójnego finansowania.

(akta kontroli str.473-493)

### **2.3. Skargi złożone do Oddziału na realizację umów o udzielanie świadczeń w rodzaju opieka długoterminowa.**

W latach 2017-2019 (I półrocze) do Oddziału wpłynęły cztery skargi dotyczące świadczeń w rodzaju opieka długoterminowa udzielanych przez dwóch świadczeniodawców<sup>50</sup>. Dwie z ww. skarg dotyczyły dostępności świadczeń, z których jedna była zasadna, a druga bezzasadna. Dwie skargi uznane za niezasadne dotyczyły jakości świadczeń (wyposażenia placówki, warunków lokalowych i żywienia).

Ocena zasadności skarg w każdym przypadku dokonywana był w oparciu o zebrany materiał, tj. dostarczony przez wnoszącego skargę oraz świadczeniodawcę, a w przypadku skarg na dostępność - w oparciu o informacje z wydziałów merytorycznych OW NFZ.

Skargi zostały wyjaśnione, o czym w trzech przypadkach przed upływem miesiąca, poinformowani zostali wnoszący skargę. W jednym przypadku, w którym wnoszący

<sup>46</sup> Wartość umów objętych kontrolą wynosiła 0,40% wartości umów zawartych przez OW NFZ w zakresie świadczeń w pielęgniarstwie w opiece długoterminowej domowej w 2017 r.

<sup>47</sup> Nie wydano zaleceń w związku z rozwiązaniem umowy z tym świadczeniodawcą, a kary nie wyegzekwowano.

<sup>48</sup> Jedna (doraźna z 2017 r.), w której toku nie sprawdzano celowości, była kontrolą interwencyjną polegającą na oględzinach.

<sup>49</sup> W doraźnej z 2018 r. oraz koordynowanej z 2019 r.

<sup>50</sup> Trzy skargi dotyczyły jednego świadczeniodawcy, a kolejna jednego.

skargę po upływie miesiąca usunął braki formalne, skargę załatwiono po 1,5 miesiąca od jej wpływu.

(akta kontroli str.494-504)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

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

**OCENA CZĄSTKOWA**

W latach 2017 – 2019 (I półrocze) nadzór nad realizacją umów oraz rozliczanie świadczeń przez OW NFZ były prawidłowe.

## **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 Poznaniu. 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.

Poznań, 20 listopada 2019 r.

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Poznaniu

Kontroler  
Paweł Siuda  
główny specjalista kontroli państwowej

Dyrektor  
z up. Grzegorz Malesiński  
p.o. Wicedyrektora

.....  
*podpis*

.....  
*podpis*