



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Warszawie

LWA.410.015.01.2018

Pan
Filip Nowak
Dyrektor Oddziału
Narodowy Fundusz Zdrowia
Mazowiecki Oddział Wojewódzki w Warszawie
Ul. T. Chałubińskiego 8
00-613 Warszawa

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/18/063 – Zapewnienie opieki paliatywnej i hospicyjnej

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Narodowy Fundusz Zdrowia Mazowiecki Oddział Wojewódzki w Warszawie, ul. Tytusa Chalubińskiego 8; 00-613 Warszawa ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Filip Nowak, Dyrektor Oddziału - od 14 lipca 2014 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 Warszawie
Kontroler	Wanda Dąbrowska, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LWA/123/2018 z 31 sierpnia 2018 r. (akta kontroli str.1)

Ocena ogólna³ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

MOW NFZ, w ramach posiadanych środków, realizował zadania mające na celu zapewnienie mieszkańcom Mazowsza dostępności wszystkich świadczeń w rodzaju opieki paliatywnej i hospicyjnej⁴. Postępowania konkursowe o ich udzielanie prowadzono zgodnie z przepisami 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 pracy⁵. Oceny ofert dokonywano z zachowaniem obowiązujących przepisów⁶. Podziału środków pomiędzy oferentów dokonywano w sposób transparentny i rzetelny. Na podstawie badania 14 umów dotyczących realizacji świadczeń w 2017 r. stwierdzono, że w celu zapewnienia uprawnionym dostępu do świadczeń, które są w obecnym

¹ Dalej MOW NFZ lub Oddział

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

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

⁴ Dalej: OPH

⁵ Dz. U. z 2014 r., poz. 1980 ze zm. – zwane dalej rozporządzeniem w sprawie postępowań o zawarcie umów.

⁶ Tj. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - Dz. U. z 2016 r., poz. 1372 ze zm. (zwane dalej rozporządzeniem w sprawie kryteriów wyboru ofert), zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - Zarządzenie Nr 12/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 lutego 2015 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (NFZ.2015.12)-w odniesieniu do postępowań ogłoszonych do 13 marca 2015 r. i zarządzenie Nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (NFZ.2017.18)-w odniesieniu do postępowań ogłoszonych po 15 marca 2017 r.) oraz procedury konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Procedura nr 2016/001/BO/KONTR/6.01 z września 2016 r.).

stanie prawnym świadczeniami limitowanymi, po zakończeniu okresu rozliczeniowego⁷, MOW NFZ zawierał ze świadczeniodawcami aneksy rozliczające, które zwiększały liczbę jednostek rozliczeniowych i wartość pierwotnych kontraktów. Łącznie z tytułu realizacji ww. umów Oddział wydatkował 14 601,6 tys. zł, z czego płatności w kwocie 720,8 tys. zł zostały dokonane po upływie 45 dni od zakończenia okresu rozliczeniowego. Wypłacenie tych środków nie spowodowało jednak przekroczenia wydatków określonych w planie finansowym.

Najwyższa Izba Kontroli stwierdziła nieprawidłowości przy ocenie ofert i aneksowaniu umów na realizację świadczeń w poradni medycyny paliatywnej, polegające na nierzetelnej ocenie 4 ofert (spośród 15 analizowanych), w zakresie dostępności personelu wymaganego rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej⁸ oraz niedokonaniu rzetelnej analizy potencjału personelu przy aneksowaniu 5 spośród 14 analizowanych umów.

Stwierdzono również przypadki nierzetelnej analizy raportów statystycznych składanych przez świadczeniodawców, czego wynikiem było zakwalifikowanie do rozliczenia jednostek chorobowych niewykazanych w rozporządzeniu w sprawie OPH, co skutkowało wydatkowaniem kwoty 328,2 tys. zł, stanowiącej 0,2% wydatków poniesionych na OPH w latach 2015-2018 (I półrocze).

II. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny częściowej⁹ kontrolowanej działalności

OBSZAR

Opis stanu
faktycznego

1. Planowanie świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Planując wydatki na świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej na lata 2015 – 2018 (I półrocze), MOW NFZ uwzględniał priorytety ogólnopolskie określone przez Centralę NFZ, priorytety regionalne zdefiniowane przez Oddział, wskaźniki dostępności świadczeń, opinie konsultantów w dziedzinie medycyny paliatywnej (krajowego i wojewódzkiego) oraz wycenę świadczeń Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT), a także poziom realizacji świadczeń OPH w roku poprzednim. Dane dotyczące zapotrzebowania i stopnia zaspokojenia potrzeb na te świadczenia Oddział uzyskiwał głównie z analizy raportów statystycznych podmiotów leczniczych oraz zgłaszanych potrzeb przez podmioty zainteresowane podpisaniem umów. Ponadto, z własnej inicjatywy w 2017 r., Oddział podjął działania mające na celu określenie zapotrzebowania na świadczenia domowej formy opieki. Na podstawie prowadzonych analiz dostępności świadczeń MOW NFZ ustalił m.in., że głównym priorytetem w 2017 r. i w latach następnych będzie poprawa dostępności świadczeń w poradni medycyny paliatywnej, poprzez zwiększenie nakładów przeznaczonych na ich działalność, a także zwiększenie liczby poradni objętych kontraktami.

(dowód: akta kontroli, str. 224-225 i 234-260 i 285)

W okresie objętym kontrolą NFZ nie wymagał przekazywania przez świadczeniodawców danych dotyczących liczby osób oczekujących na świadczenia, dlatego też, kontraktując świadczenia w ramach OPH na lata 2015 – 2018, MOW NFZ nie wykorzystywał z takich danych. Z informacji uzyskanych od konsultanta

⁷ O którym mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - Dz. U. z 2016 r., poz. 1146 ze zm. – zwane dalej rozporządzeniem w sprawie ogólnych warunków umów.

⁸ Dz. U. z 2018 r., poz. 742 ze zm. – zwane dalej rozporządzeniem OPH.

⁹ 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.

w zakresie medycyny paliatywnej dla województwa mazowieckiego¹⁰ wynika, że średni czas oczekiwania na opiekę domową w województwie wynosi 3-4 tygodnie, a na opiekę stacjonarną (hospicjum/oddział medycyny paliatywnej) do 2 tygodni, natomiast praktycznie w każdym czasie możliwa jest wizyta w poradni medycyny paliatywnej. Nie ma też okresu oczekiwania na domową opiekę dla dzieci.

(dowód: akta kontroli, str. 230-232, 280-281)

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych¹¹ wyjaśnił, że na etapie planowania konkursów ofert na kolejny okres, Oddział wykorzystywał głównie dane obejmujące realizację świadczeń w bieżącym roku oraz w latach ubiegłych. Nie dokonywano natomiast analizy danych epidemiologicznych dotyczących dynamiki umieralności w odniesieniu do jednostek chorobowych uprawniających do OPH w ujęciu regionalnym. Stwierdził, że dane dotyczące umieralności nie korespondują wprost z poziomem zapotrzebowania na świadczenia OPH, ponieważ grupy schorzeń nie pokrywają się z wykazem nieuleczalnych, postępujących i ograniczających życie chorób kwalifikujących do opieki paliatywnej i hospicyjnej, wskazanych w załączniku do rozporządzenia OPH, a także nie wynika z nich, w jakich okolicznościach nastąpiły zgony (szpital, dom rodziny, hospicjum). Sama wiedza o parametrze zgonu, nie stwarza możliwości przełożenia jej na wartość dedykowaną na określony obszar kontraktowania.

(dowód: akta kontroli, str. 280-281 i 404)

W sierpniu 2017 r. MOW NFZ, z własnej inicjatywy, podjął działania mające na celu identyfikację obszarów (powiatów) o największym zapotrzebowaniu na świadczenia domowej formy opieki. Z uzyskanych informacji wynikało, że w przypadku dziewięciu powiatów¹² liczba osób oczekujących na świadczenia wynosiła 10 lub więcej. Jak wyjaśnił Zastępca Dyrektora ds. Medycznych, analiza liczby osób oczekujących w danym powiecie, w odniesieniu do populacji zamieszkującej dany obszar wykazała, że zapotrzebowanie na świadczenia w powiatach jest zabezpieczone w sposób równomierny i żadna z tych jednostek nie wyróżnia się, pod względem potrzeb, względem pozostałych.

(dowód: akta kontroli, str. 387-388 i 397-399)

W okresie objętym kontrolą Oddział posiadał wiedzę o liczbie łóżek w szpitalnych oddziałach opieki paliatywnej i hospicjach stacjonarnych, będących w rejestrze Wojewody Mazowieckiego. W latach 2015 – 2018 następował systematyczny wzrost liczby łóżek zarówno będących w ww. rejestrze, jak i zakontraktowanych przez Oddział i wykazanych do rozliczenia przez świadczeniodawców. W 2015 r., na 301 łóżek wykazanych w rejestrze Wojewody, MOW NFZ zakontraktował 238,9 łóżek; w 2016 r. na 305 zakontraktowano 250,5; w 2017 r. na 342 zakontraktowano 254,1; a w 2018 r. na 362 łóżek wykazanych w rejestrze zakontraktowano (na I półrocze) - 268,9.

(dowód: akta kontroli, str. 189 i 230-232)

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych stwierdził, że głównymi problemami i barierami w organizacji systemu i udzielania świadczeń OPH były możliwości finansowe Oddziału - zawsze niższe w odniesieniu do potrzeb szacowanych na podstawie poziomu wykonania umów o udzielanie świadczeń. Powyższe stanowisko potwierdził również konsultant wojewódzki¹³. Według Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych dużym wyzwaniem było też zabezpieczenie środków na realizację

¹⁰ Odpowiedź Konsultanta wojewódzkiego, w związku z pismem skierowanym przez Delegaturę NIK w Bydgoszczy nr LB.410.016.01.2018 z 02.20.2018 r. Dalej: Konsultant wojewódzki.

¹¹ Zgodnie z regulaminem organizacyjnym MOW NFZ, bezpośrednia realizacja spraw objętych niniejszą kontrolą podlega nadzorowi Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych.

¹² Powiaty: m.st. Warszawa – 63 osoby oczekujące; wyszkowski – 28; żuromiński – 27; żyrardowski i przasnyski i grodzki plocki – po 16 osób; otwocki – 15; sierpecki – 11 i miński – 10.

¹³ Konsultant wojewódzki w informacji przekazanej dla NIK wskazała, że podstawowym problemem wszystkich placówek jest niedofinansowanie OPH ze środków NFZ, brak możliwości pozyskania dodatkowych środków, niepewność finansowania świadczeń wykonanych ponad limit.

procesów podwyżkowych pielęgniarek i położnych, wynikające z rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów. Ponadto obowiązujące przepisy pozwalały na wyłonienie realizatorów świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w trybie konkursów ofert. Postępowanie to ma charakter eliminacyjno-konkurencyjny, i niesie ryzyko, że oferta dotychczasowego, wieloletniego świadczeniodawcy, nie może być wybrana z powodu niższej pozycji w rankingu od oferty nowego podmiotu, nawet w przypadku, gdy różnica pomiędzy oferentami jest mało znacząca z punktu widzenia oceny dokonywanej przez pacjenta. Skutkiem takiej sytuacji jest konieczność relokacji pacjentów z dotychczasowego miejsca udzielania świadczeń, do nowego, co nie spotyka się ze zrozumieniem pacjentów i ich rodzin, a często jest postrzegane jako ograniczenie dostępności świadczeń zdrowotnych.

(dowód: akta kontroli, str. 279-280)

W okresie objętym kontrolą pierwotnie ustalony plan zakupu świadczeń OPH¹⁴ zwiększał się w kolejnych latach i wynosił: na 2015 r. – 40 252,0 tys. zł, na 2016 r. – 45 300,0 tys. zł; na 2017 r. – 73 518,0 tys. zł i na 2018 r. – 87 771,0 tys. zł. Ostatecznie, na koniec ww. okresów sprawozdawczych, plan został ustalony odpowiednio w wysokości: 45 062,0 tys. zł (zwiększenie o 11,9%); 49 415,0 tys. zł (zwiększenie o 9,1%); 67 425 tys. zł (zmniejszenie o 8,3%¹⁵) i 88 381,0 tys. zł (zwiększenie o 0,7%).

(dowód: akta kontroli, str. 6-7)

Dyrektor MOW NFZ nie określił zasad podziału środków między oferentów w przypadku, gdy łączna wartość złożonych ofert przewyższała planowane środki, określone w ogłoszeniu o postępowaniu konkursowym na świadczenia OPH. W tego rodzaju przypadkach podziału środków dokonywały komisje konkursowe biorąc pod uwagę: proponowaną liczbę świadczeń dla danego oferenta w odniesieniu do potencjału (personel i sprzęt); liczbę łóżek zarejestrowanych w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą; pozycje w rankingu oraz liczbę i wartość umów zaplanowanych do podpisania. Propozycje podziału przedstawiano do akceptacji Dyrektora Oddziału.

(dowód: akta kontroli, str. 225 i 380)

W okresie objętym kontrolą do oceny ofert powoływano komisje konkursowe, w których uczestniczyło łącznie 15 osób. Przed przeprowadzeniem postępowań MOW NFZ zorganizował dla członków komisji konkursowych wewnętrzne szkolenie z zakresu kontraktowania¹⁶. Pracownicy Oddziału powołani do rozpatrywania i oceny ofert wykonywali też inne zadania wynikające z zakresów czynności na danym stanowisku pracy oraz uczestniczyli w rozpatrywaniu i ocenie ofert dotyczących postępowań konkursowych na inne rodzaje świadczeń. Zastępca Dyrektora ds. Medycznych wyjaśnił, że prawidłowa organizacja pracy, pozwalała harmonijnie realizować zadania zarówno dotyczące postępowań konkursowych, jak i zadania bieżące.

(dowód: akta kontroli, str. 24-27, 49-68, 283-284 i 286)

W MOW NFZ, do weryfikacji i oceny ofert OPH wykorzystywano system informatyczny KS-SIKH. Oddział jest jedynie użytkownikiem tego systemu i w przypadku potrzeby dostosowania i wprowadzenia zmian może jedynie wnioskować do Centrali Funduszu o ich wprowadzenie.

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych wyjaśnił, że system zapewnia obsługę prowadzonych postępowań konkursowych zgodnie z wprowadzoną przez Prezesa NFZ „Procedurą konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy

¹⁴ Plan pierwotny uwzględnia kwoty uruchomione z rezerwy migracyjnej B2.17.

¹⁵ Zmniejszenia planu w 2017 r. dokonano po oszacowaniu niezbędnych środków na pokrycie wszystkich zrealizowanych świadczeń w 2017 r. Nadwyżka środków OPH została przeniesiona na pokrycie szacowanego niedoboru w innych rodzajach świadczeń.

¹⁶ Szkolenie zostało przeprowadzone 27 marca 2017 r. w formie prezentacji pt. „Vademecum Komisji Konkursowej Narodowego Funduszu Zdrowia”.

o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”. Z systemu generowane są m.in. wzory dokumentów, system posiada też funkcję automatycznego wyznaczania oceny punktowej oferty na potrzeby rankingu postępowania. Poza systemem dokonywana jest weryfikacja oferentów, np. w Krajowym Rejestrze Sądowym, Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Medyczną, sprawdzenie rzetelności odpowiedzi zawartych w ankietach ofertowych, przeliczenie potencjału personelu w odniesieniu do liczby oferowanych świadczeń. W latach 2015-2018 Oddział nie zgłaszał wniosków dotyczących poprawy funkcjonalności systemu informatycznego, gdyż kryteria oceny ofert precyzowane są na bardzo szczegółowym poziomie i wielu przypadkach dotyczą obszarów niemożliwych do opisanego językiem informatycznym (system nie rozpoznaje informacji tekstowych). Ponadto kryteria oceny oferty ulegają częstym zmianom, co każdorazowo wiązałoby się z koniecznością ponoszenia dodatkowych kosztów na aktualizację systemu.

(dowód: akta kontroli, str. 225-226 i 285)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Przy ustalaniu wielkości wydatków na poszczególne lata Oddział brał pod uwagę dostępne informacje z lat poprzednich. Ponadto, z własnej inicjatywy, Oddział podjął w 2017 r. działania zmierzające do określenia liczby i czasu oczekiwania pacjentów na świadczenia w hospicjum domowym w poszczególnych powiatach. W pozostałych zakresach świadczeń OPH Oddział nie prowadził analiz dotyczących rzeczywistego zapotrzebowania na świadczenia.

OBSZAR

2. Kontraktowanie świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Opis stanu
faktycznego

2.1. W okresie objętym kontrolą MOW NFZ ogłosił łącznie 88 postępowań poprzedzających zawarcie umów o udzielanie świadczeń w zakresach OPH. (w 2015 r. – jedno postępowanie, w 2017 r. – 35 postępowań i w I półroczu 2018 r. – 52 postępowania¹⁷). Wszystkie postępowania prowadzone były w trybie konkursu ofert. Dziewięć postępowań zostało unieważnionych (sześć z powodu braku ofert, a trzy w związku wpływem tylko jednej oferty niepodlegającej odrzuceniu i podjęciu przez komisję decyzji o ponownym ogłoszeniu konkursu na tych samych warunkach¹⁸).

W związku z ogłoszonymi postępowaniami do MOW NFZ wpłynęło ogółem 196 ofert o łącznej wartości 65 889,7 tys. zł (co stanowiło 110,5% wartości przedmiotu zamówienia określonego w ogłoszeniach). Spośród 196 ofert, 65 zostało złożonych przez nowych oferentów. Do uzupełnienia dokumentacji wezwano 51 oferentów. Komisja konkursowa odrzuciła 9 ofert. Negocjacje zostały przeprowadzone z 61 oferentami. Na wyniki rozstrzygnięć złożono jedno odwołanie i trzy protesty (z czego jeden uznano za zasadny¹⁹). W wyniku prowadzonych 88 postępowań zawarto 153

¹⁷ Postępowania konkursowe przeprowadzone w I półroczu 2018 r. poprzedzały zawarcie umów po 30 czerwca 2018 r.

¹⁸ Zgodnie z art. 150 ust. 2 ustawy o świadczeniach jeżeli w toku konkursu ofert wpłynęła tylko jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, komisja może przyjąć tę ofertę, gdy z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs nie wpłynie więcej ofert.

¹⁹ Protest złożony w związku z rozstrzygnięciem postępowania konkursowego na 2018 r. na realizację świadczeń w hospicjum domowym (nr. postępowania 07-18-000277/OPH/15/1/15.2180.027.02/01). Protest został złożony na czynności Komisji konkursowej w związku z negatywną weryfikacją odpowiedzi udzielonej w ankiecie na pytanie nr 2.1.2. i nieprzyznanie punktów w zakresie spełniania warunków dot. lekarzy z co najmniej 5-letnim doświadczeniem pracy w opiece paliatywnej i hospicyjnej – co najmniej 30% czasu pracy wszystkich lekarzy hospicjum domowego dla dorosłych. Komisja konkursowa dokonała powtórnej weryfikacji uwzględniając zaświadczenie złożone wraz z ofertą oraz dokument załączony do protestu.

nowe umowy na łączną kwotę 46 495,7 tys. zł²⁰ oraz aneksowano 13 umów na kwotę 2 268,5 tys. zł.

(dowód: akta kontroli, str. 24-36 i 186)

Dyrektor Oddziału w 2017 r. ustalił ceny dla poszczególnych zakresów świadczeń OPH w kwocie 48,08 zł za jednostkę rozliczeniową, co stanowiło 85,6% kosztów świadczenia bazowego ustalonego przez AOTMiT (56,19 zł).

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych wyjaśnił, że po przeanalizowaniu zobowiązań finansowych w stosunku do środków pozostających w dyspozycji Oddziału, podjęto decyzję o dwuetapowym sposobie wdrożenia taryf AOTMiT. Pełna cena sugerowana przez AOTMiT została wprowadzona do umów w 2018 r.

(dowód: akta kontroli, str. 283)

2.2. W wyniku sprawdzenia 15 postępowań konkursowych o udzielenie świadczeń OPH²¹, w ramach których ocenie podlegało 31 ofert stwierdzono, że postępowania prowadzone były zgodnie z przepisami ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²², rozporządzenia w sprawie postępowań o zawarcie umów oraz zarządzeniami Prezesa NFZ w sprawie zawierania umów. Oceny złożonych ofert dokonywano w oparciu o przepisy rozporządzenia OPH, rozporządzenia w sprawie kryteriów wyboru ofert oraz procedurę konkursu ofert lub rokowań²³.

W żadnym z analizowanych postępowań nie przedłużono terminu składania ofert. Do oceny ofert Dyrektor Oddziału powołał dziewięcioosobowe komisje konkursowe, odrębnie do każdego postępowania konkursowego. W składach poszczególnych komisji zapewniono udział osób, o których mowa w § 6 ust. 2 rozporządzenia w sprawie postępowań o zawarcie umów. Wszyscy członkowie komisji złożyli oświadczenia, o których mowa w art. 139 ust. 6 ustawy o świadczeniach. W ramach analizowanych postępowań komisje konkursowe rozpatrzyły ogółem 31 ofert, z czego 15 złożonych przez nowych oferentów.

W wyniku przeprowadzonej weryfikacji komisje odrzuciły trzy oferty, które złożone zostały przez nowych oferentów. W jednym przypadku powodem odrzucenia była rażąco niska cena²⁴, w pozostałych dwóch - brak wymaganego sprzętu²⁵, co stwierdzono w wyniku przeprowadzonych kontroli. W przypadku pozostałych ofert nie wystąpiły przesłanki do ich odrzucenia. U wszystkich nowych oferentów przeprowadzono kontrole w miejscu udzielania świadczeń, które obejmowały sprawdzenie warunków sanitarno – higienicznych, wyposażenie w sprzęt do badań i zabiegów pielęgniarstwa, kwalifikacje personelu medycznego i pielęgniarstwa oraz certyfikaty jakości.

²⁰ W wyniku postępowań prowadzonych w 2017 r. 41 umów na kwotę 6 970,3 tys. zł, a w wyniku postępowań prowadzonych w I półroczu 2018 r. MOW NFZ po 30 czerwca 2018 r. zawarł 112 umów na kwotę 39 525,4 tys. zł

²¹ Dobranych celowo, z uwzględnieniem różnych zakresów i obszarów kontraktowania: porada w poradni medycyny paliatywnej: postępowanie nr 07-17-000052/OPH/15/1/15.1180.007.02/01; świadczenia w hospicjum domowym dla dorosłych: postępowania nr: 07-17-000055/OPH/15/1/15.2180.027.02/01, 07-17-000057/OPH/15/1/15.2180.027.02/01, 07-17-000058/OPH/15/1/15.2180.027.02/01, 07-17-000063/OPH/15/1/15.2180.027.02/01, 07-17-000066/OPH/15/1/15.2180.027.02/01, 07-17-000067/OPH/15/1/15.2180.027.02/01, 07-17-000071/OPH/15/1/15.2180.027.02/01, 07-17-000073/OPH/15/1/15.2180.027.02/01, 07-17-000074/OPH/15/1/15.2180.027.02/01, 07-17-000076/OPH/15/1/15.2180.027.02/01, 07-17-000079/OPH/15/1/15.2180.027.02/01; świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci: postępowania nr: 07-17-000081/OPH/15/1/15.2181.027.02/01; świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum domowym: postępowanie nr: 07-17-000083/OPH/15/1/15.4180.027.02/01; perinatalna opieka paliatywna: postępowanie nr: 07-18-000035/OPH/15/1/15.2181.028.02/01.

²² Dz. U. z 2018 r., poz. 1510 ze zm. Dalej: ustawa o świadczeniach.

²³ Procedura nr 2016/001/BO/KONTR/6.01 z 01.09.2016 r.

²⁴ W postępowaniu nr 07-17-000052/OPH/15/1/15.1180.007.02/01, oferowana cena jednostki rozliczeniowej za świadczenie w poradni medycyny paliatywnej wynosiła 0,95 zł.

²⁵ W postępowaniu nr 07-17-000052/OPH/15/1/15.1180.007.02/01 (na realizację świadczeń w poradni medycyny paliatywnej) – brak wyposażenia w sprzęt do badań i zabiegów pielęgniarstwa oraz dostępu dla osób niepełnosprawnych i postępowanie 07-17-000063/OPH/15/1/15.2180.027.02/01 (na realizację świadczeń w hospicjum domowym) – w ofercie wykazano m.in. koncentrator tlenu (3 szt.), pompa infuzyjna (2 szt.) – podczas kontroli w miejscu udzielania świadczeń świadczeniodawca okazał inny sprzęt, ponadto kontrola wykazała brak przeglądu technicznego ssaka wykazanego w ofercie.

Oferenci, których oferty zawierały braki w dokumentacji lub wymagały wyjaśnień, zostali prawidłowo wezwani do ich uzupełnienia i w wyznaczonym terminie dokonali stosownych uzupełnień lub wyjaśnień. Wszystkie oferty poddane zostały weryfikacji merytorycznej. Nie stwierdzono przypadku modyfikacji złożonej oferty. Komisje dokonały sprawdzenia zgodności odpowiedzi ankietowych z częścią opisową każdej oferty, weryfikacji odpowiedzi świadczeniodawców w zakresie wyników kontroli NFZ oraz analizy czasu pracy personelu wykazanego w ofertach w celu wyeliminowania przypadków zatrudniania tego samego personelu w tych samych godzinach pracy, do realizacji świadczeń w innych rodzajach opieki zdrowotnej.

W przypadku 10 postępowań (w których zgodnie z ogłoszeniem planowano zawrzeć jedną umowę), nie zachodziły przesłanki do przeprowadzenia negocjacji z oferentami, ponieważ wartość złożonych ofert była zbieżna z ceną oczekiwaną, a cena jednostki rozliczeniowej mieściła się w kwocie ustalonej przez Oddział.

(dowód: akta kontroli, str. 37-68)

2.3. Analiza 15 ofert²⁶ złożonych przez 14 oferentów wykazała, że 11 ofert spełniało wymagania dotyczące dostępności personelu (w odniesieniu do wnioskowanej liczby świadczeń w danym zakresie), określone w załączniku nr 2 rozporządzenia w sprawie OPH. Pozostałe cztery oferty, dotyczące świadczeń w poradni medycyny paliatywnej, nie spełniały tych wymagań.

Komisje konkursowe dokonały rzetelnych ocen wszystkich analizowanych ofert w odniesieniu do kryteriów (jakość, kompleksowość, dostępność i ciągłość).

W wyniku przeliczania punktacji za poszczególne kryteria oceny, korygowano miejsca w rankingu, a wyboru oferentów dokonano w kolejności zgodnej z uzyskaną pozycją w rankingu końcowym. Komisja stosowała jednolite zasady oceny oferty i podziału środków pomiędzy oferentów w ramach danego zakresu świadczeń. Przy weryfikacji brano w szczególności pod uwagę zdolność do wykonania oferowanej liczby świadczeń w odniesieniu do potencjału oferenta i wymagań jakościowych.

Komisje konkursowe przeprowadziły negocjacje ze wszystkimi 13 oferentami biorącymi udział w konkursach wieloofertowych²⁷. Czas wyznaczony na negocjacje z każdym oferentem wynosił minimum 30 min. Negocjacje zostały udokumentowane w sposób pozwalający na odtworzenie ich przebiegu oraz potwierdzenie zachowania transparentności na każdym etapie. W każdym przypadku uzgodnienia z negocjacji były zgodne z postanowieniami zawartych umów.

(dowód: akta kontroli, str. 69-78 i 185)

2.4. W okresie objętym kontrolą konkursy na poszczególne zakresy świadczeń OPH zostały ogłoszone na następujące obszary kontraktowania:

- dla obszaru całego województwa mazowieckiego - porada w poradni medycyny paliatywnej; świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci; perinatalna opieka paliatywna;
- dla obszaru grupy powiatów - świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym ;
- odrębnie dla każdego powiatu województwa mazowieckiego - świadczenia w hospicjum domowym dla dorosłych .

(dowód: akta kontroli, str. 24-27)

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych wyjaśnił, że decyzje dotyczące wyznaczenia obszarów kontraktowania uwarunkowane były przede wszystkim charakterem

²⁶ Siedem ofert na realizację świadczeń dotyczących porady w poradni medycyny paliatywnej złożonych w ramach postępowania nr: 07-17-000052/OPH/15/1/15.1180.007.02/01. Jedna oferta na realizację świadczeń w hospicjum domowym dla dorosłych złożona w ramach postępowania nr 07-17-000055/OPH/15/1/15.2180.027.02/01, cztery oferty na realizację świadczeń w hospicjum domowym dla dzieci złożone w ramach postępowania nr 07-17-000081/OPH/15/1/15.2181.027.02/01, dwie oferty na realizację świadczeń w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum domowym złożone w ramach postępowania nr 07-17-000083/OPH/15/1/15.4180.027.02/01) oraz jedna oferta na realizację świadczeń z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej (postępowanie nr 07-18-000035/OPH/15/1/15.2181.028.02/01).

²⁷ W przypadku postępowań jednoofertowych proponowana w ofercie wartość jednostki rozliczeniowej i w konsekwencji wartość kontraktu odpowiadały wartości oczekiwanej z ogłoszenia konkursowego.

świadczeń (stacjonarny, ambulatoryjny lub domowy), liczbą potencjalnych oferentów i ich potencjałem oraz lokalizacją na terenie województwa mazowieckiego.

W przypadku świadczeń realizowanych w warunkach stacjonarnych, dodatkowym kryterium było określenie obszarów w sposób gwarantujący, w miarę możliwości, równomierne ich rozmieszczone na obszarze województwa, tak, aby średnia odległość od miejsca zamieszkania pacjenta i jego rodziny do hospicjów stacjonarnych była optymalna. Natomiast liczba hospicjów domowych dla dzieci w województwie mazowieckim jest na tyle mała, że najbardziej zasadnym było ogłaszanie postępowań na całe województwo. W przypadku poradni medycyny paliatywnej i perinatalnej opieki paliatywnej, MOW NFZ był zdecydowany na zawarcie kontraktów ze wszystkimi potencjalnymi oferentami, więc niezasadne było ogłaszanie postępowań na mniejsze obszary.

(dowód: akta kontroli, str. 282-283)

Z informacji konsultanta wojewódzkiego wynika, że opieka domowa w województwie jest rozłożona raczej równomiernie, natomiast istnieją dysproporcje w opiece stacjonarnej. Niedostateczna liczba „łóżek” występuje w całym województwie, przy czym zdecydowanie jest ich za mało na południu Mazowsza. Oddział medycyny paliatywnej nie jest też szczególnym priorytetem inwestycyjnym²⁸.

W okresie objętym kontrolą MOW NFZ zakontraktował świadczenia we wszystkich zakresach OPH, przy czym zapewnienie miejsca udzielania świadczeń w poszczególnych powiatach przedstawiało się następująco:

- świadczenia w hospicjum domowym dla dorosłych – zakontraktowano na terenie 39 spośród 42 powiatów (z wyjątkiem powiatów: grodzkiego, ostrołęckiego ziemskiego oraz siedleckiego ziemskiego);
- świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci – zakontraktowano na terenie 6 powiatów (łosicki, ostrowski, otwocki, grodzki płoński, grodzki radomski oraz m.st. Warszawa);
- świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym – zakontraktowano na terenie 15 powiatów²⁹ (ciechanowski, legionowski, miński, mławski, nowodworski, otwocki, płoński, pułtowski, wołomiński, zwoleniński, żuromiński, żyrardowski, grodzki płoński, grodzki siedlecki oraz m.st. Warszawa);
- świadczenia w poradni medycyny paliatywnej³⁰ – zakontraktowano na terenie 7 powiatów (legionowski, otwocki, piaseczyński, przasnyski, grodzki płoński, grodzki radomski oraz m.st. Warszawa);
- świadczenia perinatalnej opieki paliatywnej³¹ – zakontraktowano na terenie m.st. Warszawy.

Analiza dostępności świadczeń w poszczególnych powiatach wykazała, że pacjenci z powiatów nie objętych kontraktem, pobierali świadczenia u świadczeniodawców spoza terenu zamieszkania. Najwięcej takich przypadków dotyczyło świadczeń w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym (1 535 pacjentów).

(dowód: akta kontroli, str. 79-85)

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych wyjaśnił, że w 2017 r. Oddział dążył do zakontraktowania świadczeń w zakresie hospicjum domowego na terenie powiatów: grodzkiego, ostrołęckiego ziemskiego i siedleckiego ziemskiego oraz świadczeń w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym na obszar północno-wschodni³², jednak na żadne z powyższych postępowań nie wpłynęły oferty. Natomiast świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym na obszarze południowym województwa³³ były zabezpieczone przez hospicjum

²⁸ Odpowiedź na pismo Delegatury NIK w Bydgoszczy nr LBY.410.016.01.2018 z 02.10.2018 r.

²⁹ Od 01.01.2017 r., a wcześniej bez powiatu legionowskiego.

³⁰ Od 01.01.2017 r., a wcześniej w dwóch powiatach: legionowskim i m.st. Warszawa..

³¹ Dostępne od 01.02.2018 r.

³² Tj. na powiaty: makowski, ostrołęcki ziemski, ostrowski, przasnyski, wyszkowski, ostrołęcki grodzki.

³³ Powiaty: zwoleniński, lipski, szydlowiecki, przysuski, radomski ziemski i grodzki, białobrzezski, kozienicki, grójceki

z powiatu zwoleńskiego. W 2017 r., w związku z konkursem na realizację świadczeń w poradni medycyny paliatywnej, ogłoszonym na obszar całego województwa, zgłosili się świadczeniodawcy z Warszawy, Legionowa, Piaseczna, Płocka i Przasnysza, a na realizację świadczeń w zakresie perinatalnej opieki paliatywnej wpłynęła jedna oferta z Warszawy.

Od 1 lipca 2018 r. Oddział zakontraktował świadczenia w hospicjum domowym w powiatach: grodziskim i siedleckim ziemskim oraz zawarto o 7 umów więcej (w porównaniu z 2017 r.) na realizację świadczeń w poradni medycyny paliatywnej. Zastępca Dyrektora ds. Medycznych wyjaśnił, że z uwagi na specyfikę świadczeń (polegających głównie na uśmierzaniu bólu oraz poprawie komfortu umierających na nieuleczalne choroby) tylko nieliczne podmioty lecznicze decydują się na tę trudną dziedzinę medycyny, dlatego podaż tych świadczeń niejednokrotnie nie pozwala na zaspokojenie popytu na nie na terenie każdego powiatu.

(dowód: akta kontroli, str. 291-292)

2.5. Analiza 85 aneksów³⁴ do 14 umów na realizację świadczeń w 2017 r. w różnych zakresach OPH³⁵ wykazała, m.in. że zwiększenie liczby jednostek rozliczeniowych i wartości pierwotnych kontraktów na 2017 r. zostało dokonane na podstawie aneksów zawieranych w trakcie okresu rozliczeniowego, jak również po zakończeniu tego okresu (od 6 do 14 lutego 2018 r.). W wyniku zawartych aneksów dokonano zwiększenia liczby jednostek rozliczeniowych o 83 643,80 (z 170 070,00 do 253 713,80) oraz zwiększono wartość kontraktów na kwotę ogółem 4 131,1 tys. zł. Poza pięcioma przypadkami³⁶, zwiększone ponad limity świadczenia – według danych o zasobach świadczeniodawców zawartych w zmienionych umowach – były realizowane z zachowaniem minimów dotyczących obciążenia personelu, z zachowaniem wymaganych równoważników etatów przeliczeniowych, zgodnie z wymogami określonymi w rozporządzeniu w sprawie OPH.

(dowód: akta kontroli, str. 86-135)

Na podstawie badania aneksów 14 umów wieloletnich na 2018 r. stwierdzono, że zostały one zmienione zgodnie z obowiązującymi uregulowaniami³⁷. Dyrektor Oddziału przedłużył do 30 listopada 2017 r. termin przedstawienia świadczeniodawcom kwot zobowiązań i warunków finansowania świadczeń, ustalając jednocześnie termin uzgodnień warunków finansowych umów na następny okres rozliczeniowy do 8 grudnia 2017 r. Uzgodnień dokonano w wyznaczonym terminie, a aneksy określające kwoty zobowiązań w poszczególnych zakresach na pierwszy okres rozliczeniowy roku 2018 zostały zawarte ze świadczeniodawcami do końca grudnia 2017 r.

(dowód: akta kontroli, str. 170-172)

2.6. W latach 2015 – 2018 (I półrocze) MOW NFZ nie występował do organów ścigania (Prokuratury lub Policji) z zawiadomieniem o podejrzeniu popełnienia przestępstwa lub wykroczenia w związku z kontraktowaniem świadczeń w rodzaju OPH.

³⁴ 13 aneksów rozliczających świadczenia udzielone w 2017 r.; 6 aneksów rozszerzających zakresy świadczeń w związku z rozstrzygnięciem konkursów ofert; 23 aneksy zmieniające kwoty zobowiązania NFZ; 26 aneksów wprowadzających zmiany w harmonogramach „zasoby”; 14 aneksów ustalających kwoty zobowiązań na okres 01.01-30.06.2018 r. i 3 aneksy wprowadzające, dotyczące zmian nr rachunków, siedziby podmiotu lub wpisów w księdze rejestrowej.

³⁵ Numery umów poddanych analizie aneksowania: 07R-4-40870-15-01-2017-2018/17; 07R-6-00227-15-01-2014-2018/14; 07R-1-01624-15-01-2017-2018/17; 07R-2-20361-15-01-2017-2018/17; 07R-4-41193-15-01-2017-2018/17; 07R-4-40192-15-01-2017-2018/17; 07R-1-01367-15-01-2017-2018/17; 07R-1-01623-15-01-2017-2018/17; 07R-1-00223-15-01-2014-2018/14; 07R-2-20333-15-01-2017-2018/17; 07R-1-01364-15-01-2017-2018/17; 07R-1-01409-15-01-2014-2018/14; 07R-1-00644-15-01-2017-2018/17; 07R-1-00232-15-01-2017-2018/17.

³⁶ Umowy nr 07R-1-01364-15-01-2017-2018/17; 07R-1-01409-15-01-2014-2018/17; 07R-2-20333-15-01-2017-2018/17; 07R-1-0644-15-01-2017-2018/17; 07R-1-01623-15-01-2017-2018/17.

³⁷ Rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów oraz procedura nr 2011/DSOZ/Aneksowanie/1.0 dotycząca aneksowania umów niewygasających z końcem okresu rozliczeniowego na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – wprowadzona przez Prezesa NFZ.

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

1. Nierzetelne dokonanie oceny czterech ofert złożonych w ramach postępowania konkursowego nr 07-17-000052/OPH/15/1/15.1180.007.02/01 na realizację świadczeń w poradni medycyny paliatywnej w zakresie spełniania warunków rozporządzenia OPH, dotyczących zapewnienia dostępu wymaganego personelu, w godzinach pracy przychodni, tj. co najmniej 3 dni w tygodniu po 2,5 godziny dziennie, w tym jeden dzień w godzinach popołudniowych – do godziny 18⁰⁰. I tak:
 - oferta nr 0006/06 – zarówno w ofercie jak i w zawartej umowie zadeklarowano dostępność psychologa dwa dni w tygodniu - łącznie 5 godzin w tygodniu³⁸;
 - oferta nr 0002/06 – zarówno w ofercie jak i w umowie zadeklarowano dostępność lekarza trzy dni w tygodniu (łącznie 8 godzin w tygodniu), przy czym dwa dni w tygodniu po 2 godziny³⁹;
 - oferta nr 0004/06 - zarówno w ofercie jak i w umowie zadeklarowano dostępność psychologa, dwa dni w tygodniu (łącznie 4 godziny w tygodniu), przy czym jednego dnia 1,5 godziny⁴⁰;
 - oferta nr 0005/06 - zarówno w ofercie jak i w umowie zadeklarowano dostępność psychologa, dwa dni w tygodniu (łącznie 6 godzin w tygodniu), przy czym jednego dnia 2 godziny⁴¹.

(akta kontroli str.75-78)

2. Brak rzetelnej analizy harmonogramów dostępności personelu przy zawieraniu i aneksowaniu pięciu umów na realizację świadczeń w poradni medycyny paliatywnej, w odniesieniu do minimalnych wymagań organizacyjnych czasu pracy w poradni całego wymaganego personelu, tj. co najmniej 3 dni w tygodniu po 2,5 godziny dziennie, w tym jeden dzień w godzinach popołudniowych do godziny 18⁰⁰.
 - w umowie nr 07R-1-00644-15-01-2017-2018/17 na 2017 r. i w aneksie przedłużającym realizację świadczeń na I półrocze 2018 r., zadeklarowano dostępność psychologa dwa dni w tygodniu (łącznie 5 godzin w tygodniu⁴²). Z tytułu realizacji świadczeń w poradni Oddział w 2017 r. dokonał płatności w kwocie ogółem 257,03 zł;
 - w umowie 07R-1-01364-15-01-2017-2018/17 na 2017 r. zadeklarowano dostępność psychologa, dwa dni w tygodniu (łącznie 4 godziny w tygodniu⁴³), w trakcie trwania roku zmniejszono liczbę godzin pracy psychologa do 3 godzin, a następnie zwiększono do 3,5 godziny tygodniowo⁴⁴. Taki stan dostępności psychologa świadczeniodawca zagwarantował przy aneksie przedłużającym realizację tych świadczeń na okres od 1 stycznia do 30 czerwca 2018 r. Z tytułu realizacji świadczeń w poradni Oddział w 2017 r. dokonał płatności w kwocie ogółem 4 026,70 zł;
 - w umowie nr 07R-2-20333-15-01-2017-2018/17 na 2017 r., aneksach dotyczących zmian personelu w 2017 r. jak i aneksie przedłużającym realizację świadczeń na I półrocze 2018 r. zadeklarowano dostępność psychologa dwa dni w tygodniu (łącznie 6 godzin w tygodniu⁴⁵). Z tytułu

³⁸ Poniedziałek 13⁰⁰-15³⁰ i środa 8⁰⁰-10³⁰.

³⁹ We wtorek i czwartek od 16⁰⁰ do 18⁰⁰.

⁴⁰ Poniedziałek 8⁰⁰-10³⁰ i środa 15³⁰-17⁰⁰.

⁴¹ Piątek 9⁰⁰-11⁰⁰.

⁴² Poniedziałek 13⁰⁰-15³⁰ i środa 8⁰⁰-10³⁰.

⁴³ Poniedziałek 8⁰⁰-10³⁰ i środa 15³⁰-17⁰⁰.

⁴⁴ Aneksiem A1 zmniejszono liczbę godzin dostępności psychologa w do 3 godzin w tygodniu (środa 15³⁰-16⁴⁵ i czwartek 16⁰⁰-17⁴⁵), a aneksem nr A4 zwiększył do 3,5 godziny tygodniowo (wtorek 15³⁰-15⁵⁵; środa 15³⁰-16⁴⁵ i czwartek 16⁰⁰-17⁴⁵).

⁴⁵ Środa 14⁰⁰-18⁰⁰ i piątek 9⁰⁰-11⁰⁰

realizacji świadczeń w poradni Oddział w 2017 r. dokonał płatności w kwocie ogółem 29 795,04 zł;

- w umowie 07R-1-01623-15-01-2017-2018/17 na 2017 r. oraz aneksach dotyczących zmian personelu w 2017 r zadeklarowano dostępność lekarza trzy dni w tygodniu (łącznie 8 godzin, przy czym dwa dni po dwie godziny⁴⁶). W aneksie przedłużającym realizację świadczeń na I półroczu 2018 r. zadeklarowano dostępność całego personelu (lekarza, pielęgniarki i psychologa) trzy dni w tygodniu (łącznie po 8 godzin każdy, przy czym lekarz i pielęgniarka we wtorek i czwartek po 2 godziny dziennie (16⁰⁰-18⁰⁰) i w sobotę 4 godziny, a psycholog we wtorek i czwartek po 2 godziny dziennie (18⁰⁰-20⁰⁰) - zamiast 2,5 godziny i w sobotę 4 godziny. Z tytułu realizacji świadczeń w poradni Oddział w 2017 r. dokonał płatności w kwocie ogółem 47,60 zł;
- świadczeniodawca realizujący umowę nr 07R-1-01409-15-01-2017-2018/17 w dniu 02.08.2017 r. przekazał do Oddziału wniosek o wprowadzenie zmian w załączniku harmonogram-zasoby, wskazując że psycholog w poradni medycyny paliatywnej był dostępny tylko do 30.06.2017 r. Oddział nie zgłosił uwag i w przedłożonym kształcie zaakceptował aneksem nr A4 z 16.08.2017 r. zmiany. Kolejne aneksy dotyczące zmian w ww. załączniku w 2017 r.⁴⁷ oraz aneks przedłużający umowę na I półroczu 2018 r. (nr A8 z 29.12.2017 r.) nie uwzględniały dostępności psychologa w związku z realizacją świadczeń w poradni medycyny paliatywnej. Z tytułu realizacji świadczeń w poradni Oddział w 2017 r. dokonał płatności w kwocie ogółem 476,00 zł;

(dowód: akta kontroli, str. 136-169 i 312-313)

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych wyjaśnił, że przepisy rozporządzenia OPH nie określają minimalnego wymiaru czasu pracy wskazanego personelu ani nie określają wymogu dostępu całego wskazanego personelu we wszystkie oferowane dni i godziny funkcjonowania poradni. A zatem komisja konkursowa nie ma tytułu prawnego do stawiania przed oferentami takiego wymogu, którego niespełnienie skutkowałoby wyeliminowaniem oferty. Każda przesłanka leżąca u podstaw odrzucenia oferty musi opierać się na literalnym brzmieniu przepisu, a nie jedynie interpretacji, która nie jest powszechna w praktyce zarówno Oddziału jak i świadczeniodawców.

Członkowie komisji konkursowej oceniając wszystkie oferty w postępowaniu konkursowym nr 07-17-000052/OPH/15/1/15.1180.007.02/01 badali dostępność lekarza, pielęgniarki bądź psychologa we wskazanych w ofercie zakresach czasowych funkcjonowania poradni. Spełnienie wymogu minimalnej dostępności miejsca udzielania świadczeń, uznaje się w sytuacji, gdy zgłoszony harmonogram pracy poradni wypełnia w danym przedziale czasowym, co najmniej jeden członek zespołu lekarsko-pielęgniarsko-psychologicznego. Wszystkie oferty spełniały opisane wymagania, albowiem przepisy nie wskazują obowiązku obecności całego personelu (lekarza, pielęgniarki i psychologa) w godzinach funkcjonowania poradni 3 dni w tygodniu po 2,5 godziny dziennie.

(akta kontroli str. 293-294 i 319)

Zdaniem NIK przepisy rozporządzenia w sprawie OPH wskazują, że personel poradni medycyny paliatywnej składa się z lekarza, pielęgniarki oraz psychologa i nie przewidują zróżnicowanej dostępności każdego z nich, zatem stanowią oni zespół, który powinien być dostępny co najmniej 3 dni w tygodniu po 2,5 godzin dziennie, w tym 1 dzień w godzinach popołudniowych do godziny 18⁰⁰.

⁴⁶ Wtorek i czwartek 16⁰⁰-18⁰⁰.

⁴⁷ Aneksy nr: A6 z dnia 17.10.2017 r. i A7 z dnia 29.12.2017 r.

Odnosnie braku dostępności psychologa od 1 lipca 2017 r. do 30 czerwca 2018 r. u świadczeniodawcy realizującego świadczenia w poradni medycyny paliatywnej (nr umowy 07R-1-01409-15-01-2017-2018/17), Zastępca Dyrektora ds. Medycznych wyjaśnił, że w 2017 r. pierwszy wniosek o zmianę potencjału personelu świadczeniodawca złożył 2 sierpnia 2017 r. Wniosek ten dotyczył wyłącznie aktualizacji doświadczenia zawodowego zatrudnionego lekarza. Weryfikacja personelu dotyczyła kwalifikacji i czasu pracy zgłoszonego lekarza, z jednoczesnym przyjęciem założenia, że pozostały personel pozostawał niezmienny. Weryfikacja nastąpiła wyłącznie w obszarze systemu KS-SIKH, bez weryfikacji dokumentów w postaci harmonogramu i wynikających z nich dat zgłoszenia do umowy, stąd też nie został zdefiniowany brak w harmonogramie psychologa i zawarto aneks. W trakcie 2017 r. świadczeniodawca nie zgłaszał więcej zmian dotyczących poradni medycyny paliatywnej, stąd potencjał w tej umowie został uznany jako niezmienny i dlatego przyjęto, że personel spełnia minimalne wymagania wynikające z rozporządzenia OPH.

(dowód: akta kontroli, str. 316-317)

W trakcie trwania kontroli NIK MOW NFZ podjął działania mające na celu wyjaśnienie kwestii dostępności psychologa w ww. poradni w okresie od 01.07.2017 r. do 30.06.2018 r. W odpowiedzi świadczeniodawca wyjaśnił, że psycholog wskazany do udzielania świadczeń do 30.06.2017 r. realizował również te świadczenia w okresie od 01.07.2017 r. do 30.06.2018 r. Niewykazanie psychologa w potencjale personelu od II półrocza 2017 r. spowodowane było nieumyślnym błędem osoby wprowadzającej zmiany w systemie świadczeniodawcy.

(dowód: akta kontroli, str. 386-390)

OCENA CZĄSTKOWA

W okresie objętym kontrolą Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ podejmował działania zmierzające do zakontraktowania wszystkich zakresów świadczeń OPH na obszarze województwa, które w konsekwencji zwiększyły dostęp do świadczeń pacjentom danego regionu Mazowsza. Nadal odnotowano jednak różnice pomiędzy powiatami w tym zakresie. Przy zawieraniu umów podziału środków dokonano w sposób transparentny i jednolity w odniesieniu do wszystkich oferentów w ramach danego zakresu OPH. W przypadku nowych oferentów przeprowadzono rzetelne kontrole. W 11 ofertach (na 15 analizowanych) prawidłowo oceniono spełnianie przez oferentów warunków zapewnienia jakości, kompleksowości, dostępności i ciągłości. Kontrola wykazała nierzetelną weryfikację czterech ofert na realizację świadczeń w poradni medycyny paliatywnej, w zakresie zagwarantowania dostępności pełnego składu personelu wymaganego rozporządzeniem OPH oraz nierzetelną weryfikację zasobów personelu przy aneksowaniu pięciu umów, zarówno w trakcie okresu rozliczeniowego, jak i na kolejny okres rozliczeniowy.

Opis stanu
faktycznego

3. Rozliczanie świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej.

3.1. W latach 2015-2018 I półrocze Oddział sfinansował świadczenia OPH w łącznej wysokości 185 967,3 tys. zł⁴⁸, w tym kwotą 16 528, tys. zł sfinansowano świadczenia wykonane ponad ustalone limity⁴⁹. Z tytułu opieki w warunkach stacjonarnych wydatkowano 87 369,5 tys. zł, w warunkach ambulatoryjnych 210,2 tys. zł, domowych dla dorosłych 90 366,0 tys. zł, domowych dla dzieci 7 893,9 tys. zł, a na perinatalną opiekę paliatywną 127,7 tys. zł, co przyczyniło się

⁴⁸ Kwota nie zawiera kosztów dodatkowego wynagrodzenia dla pielęgniarek poniesionych w latach 2015-2018 (I półrocze) oraz ugody z 2016 r. na kwotę 26,9 tys. zł do umowy 07R-1-00844-15-01-2012-2016/16 na świadczenia w hospicjum domowym obowiązującej do 30.11.2016 r.

⁴⁹ Wg stanu na 30.06.2018 r. łączna wartość nadwykonani wynosiła 21 290,6 tys. zł, z czego niezapłacone 4 762,2 tys. zł i w 96,2% dotyczyły nadwykonani z I półrocza 2018 r. Na dzień 20.11.2018 r. Oddział podjął działania w celu zawarcia ugód finansujących nadwykonania na kwotę 3,9 mln zł.

do wzrostu liczby jednostek rozliczeniowych (w przeliczeniu na osobodni) w poszczególnych zakresach świadczeń. Liczba wykonanych i zapłaconych jednostek rozliczeniowych w poszczególnych zakresach w latach 2015-2017 (w przeliczeniu na osobodni) przedstawiała się następująco:

- świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym: w 2015 r. – 91 126,20; w 2016 r. – 97 486,40 i w 2017 r. – 106 782,05,
- świadczenia w hospicjum domowym dla dorosłych: w 2015 r. – 571 637,00; w 2016 r. – 594 228,00 i w 2017 r. – 619 797,00,
- świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci: w 2015 r. – 26 472,00; w 2016 r. – 29 123,00 i w 2017 r. – 31 663,00,
- porada w poradni medycyny paliatywnej: w 2015 r. – 627,00; w 2016 r. – 602,00 i w 2017 r. – 1 983,00.

Ponadto w latach 2015-2017 następował wzrost wskaźnika liczby udzielonych jednostek rozliczeniowych wyrażonych w osobodniach na 10 tys. ubezpieczonych⁵⁰:

- a) w warunkach stacjonarnych z 171,91 w 2015 r. do 196,96 w 2017 r.,
- b) w warunkach domowych dla dorosłych z 1 073,41 w 2015 r. do 1 156,34 w 2017 r.,
- c) w warunkach ambulatoryjnych z 1,21 w 2015 r. do 3,68 w 2017 r.

W okresie objętym kontrolą świadczeniodawcy nie zrealizowali zakontraktowanych świadczeń na kwotę ogółem 1 349,2 tys. zł, przede wszystkim (53,1%, tj. 716,5 tys. zł) w zakresie udzielania świadczeń w warunkach stacjonarnych.

(dowód: akta kontroli, str. 6-12)

Analiza rozliczenia 14 umów dotyczących realizacji świadczeń w 2017 r. wykazała, że świadczeniodawcy przedłożyli dokumentację rozliczającą wykonanie świadczeń na kwotę ogółem 16 018,6 tys. zł, z czego rachunki na kwotę 720,8 tys. zł zostały złożone po upływie 40 dni od zakończenia okresu rozliczeniowego. Oddział sfinansował świadczenia za kwotę ogółem 14 601,6 tys. zł, z czego płatności na kwotę 720,8 tys. zł zostały dokonane po upływie 45 dni od zakończenia okresu rozliczeniowego.

(dowód: akta kontroli, str. 173)

Na podstawie raportów statystycznych dotyczących realizacji świadczeń perinatalnej opieki paliatywnej za I półrocze 2018 r. stwierdzono, że w MOW NFZ przyjmował raporty, w których świadczeniodawca wykazywał jednodniowy okres opieki, podczas gdy czas opieki nad świadczeniobiorcami był znacznie dłuższy.

(dowód: akta kontroli, str. 174)

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych wyjaśnił, że zgodnie z § 1 ust. 1 pkt 6 zarządzenia nr 83/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 września 2017 r.⁵¹ NFZ finansuje świadczenia realizowane w ramach perinatalnej opieki paliatywnej do 28 dnia po porodzie, zaś pkt 10 określa, że porada rozliczana jest na koniec sprawowanej opieki. Zarządzenie nie wskazuje konieczności sprawozdawania terminu objęcia opieką rodziców dziecka w celu rozliczenia świadczenia. W przypadku wykazania do rozliczenia całego okresu objęcia opieką, świadczenia mogą być zakwestionowane, z uwagi na wystąpienie koincydencji w związku z rozliczeniem świadczeń pobieranych u innych świadczeniodawców. Należy zatem uznać, że utrwalony w praktyce w MOW NFZ sposób prowadzenia sprawozdawczości wypełnia postanowienia Zarządzenia Prezesa Funduszu, a jednocześnie nie determinuje rozciągnięcia w czasie okresu w którym mogą występować liczne koincydencje skutkujące wstrzymaniem płatności. Dodatkowym argumentem jest niestacjonarny charakter świadczeń, który nie stwarza barier do uzyskiwania świadczeń w innych rodzajach i zakresach.

⁵⁰ Wyliczenia wskaźnika dokonano przyjmując liczbę udzielonych jednostek rozliczeniowych na 10 tys. mieszkańców województwa mazowieckiego z dnia 31 grudnia roku poprzedniego.

⁵¹ Zmienione zarządzeniem nr 74/2018/DSOZ z 31.07.2018 r.

(dowód: akta kontroli, str. 406-408)

MOW NFZ prowadził monitorowanie poziomu realizacji wszystkich świadczeń OPH, przy użyciu systemu komputerowego KS-SIKCH. Zastępca Dyrektora ds. Medycznych wyjaśnił, że prowadzony monitoring miał na celu analizowanie wykonania świadczeń przez podmioty lecznicze i podejmowanie decyzji dotyczących alokacji środków finansowych mających na celu dostosowanie wartości kwot zobowiązania w umowach do zrealizowanej liczby świadczeń.

Weryfikacja raportów statystycznych prowadzona była w oparciu o centralne reguły walidacyjne i weryfikacyjne. Weryfikacja odbywa się automatycznie i na bieżąco po przesłaniu przez świadczeniodawców raportu statystycznego. Dodatkowo prowadzona była weryfikacja wsteczna po zakończeniu każdego kwartału. W 2018 r., w ramach perinatalnej opieki paliatywnej, zidentyfikowano dwie koincydencje świadczeń wykonanych podczas pobytu pacjenta w oddziale szpitalnym u innego świadczeniodawcy, w tym jedno zostało skorygowane przez świadczeniodawcę⁵².

(dowód: akta kontroli, str. 226-227)

W okresie 2015-2018 (I półrocze) Oddział zakwestionował łącznie 3 810 jednostek rozliczeniowych (tj. 0,001%) na kwotę 265,4 tys. zł (tj. 0,001% wartości wykonanych świadczeń).

(dowód: akta kontroli, str. 13-23)

3.2. W latach 2015-2018 (I półrocze) Oddział przeprowadził 16 kontroli⁵³ świadczeniodawców w miejscu udzielania świadczeń OPH (żadna z nich nie dotyczyła poradni medycyny paliatywnej). Spośród przeprowadzonych kontroli osiem stanowiły kontrole ujęte w planie kontroli na 2015 r.⁵⁴. Pozostałe kontrole zostały podjęte w trybie doraźnym⁵⁵, w związku ze zgłoszonymi skargami przez osoby fizyczne, zleceniem kontroli przez Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej lub Dział Monitorowania MOW NFZ umów oraz w związku z pozyskaniem informacji od instytucji zewnętrznych o nieprawidłowościach dotyczących funkcjonowania świadczeniodawcy. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły głównie braków we wpisach dokumentacji medycznej. W wyniku przeprowadzonych kontroli zakwestionowano świadczenia udzielone przez trzy podmioty na kwotę ogółem 1,1 tys. zł, nałożono kary w kwocie 43,4 tys. zł, które w całości zostały wyegzekwowane.

W ramach prowadzonych kontroli planowych sprawdzano m.in. realizację świadczeń, harmonogram czasu pracy i kwalifikacje personelu, sposób objęcia świadczeniobiorców opieką, wyposażenie placówki w sprzęt medyczny i pomocniczy, zapewnienie dostępu do świadczeń udzielanych przez rehabilitanta i psychologa oraz zgodność świadczeń wykazywanych w raportach statystycznych z faktycznie wykonanymi.

(dowód: akta kontroli, str. 175-176)

W MOW NFZ sporządzanie rocznych planów kontroli prowadzone było w oparciu o postanowienia zarządzeń Prezesa NFZ w sprawie planowania i przeprowadzania kontroli świadczeniobiorców oraz wytycznych Centrali NFZ. Wymienione wytyczne, przyjęte na lata 2016-2018, nie wskazywały jako obszaru priorytetowego udzielania świadczeń w rodzaju OPH, w związku z czym w procesie planowania kontroli Oddział nie zaplanował kontroli w tym zakresie. Oddział nie przeprowadzał kontroli zasadności ujmowania świadczeń przedstawionych przez świadczeniodawców do

⁵² Koincydencja polegała na sprawozdaniu przez dwóch różnych świadczeniodawców tego samego numeru PESEL, w tej samej dacie udzielania świadczenia. Przeprowadzono wyjaśnienia ze świadczeniodawcami i nie nastąpiła podwójna płatność za świadczenia.

⁵³ Kontrolą objęto 16 świadczeniodawców na 66 posiadających zawarte umowy na OPH.

⁵⁴ Plan kontroli na 2015 r. w ramach OPH został zrealizowany w 100%. W okresie 2016-2018 (I półrocze) MOW nie planował kontroli realizacji świadczeń OPH.

⁵⁵ W 2015 r. – 1 kontrola; w 2016 r. – 4 kontrole i w 2017 r. – 3 kontrole.

rozliczenia jako „ratujących życie” w zakresie realizacji umów w rodzaju OPH, ponieważ jak wyjaśnił Zastępca Dyrektora ds. Medycznych, świadczenia ww. zakresie są udzielane na podstawie skierowań, które wykluczają tryb przyjęcia w stanie nagłym określonym w art. 3 pkt 8 ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Realizacja świadczeń w rodzaju OPH obejmuje natomiast opiekę nad świadczeniobiorcami i znajdującymi się w terminalnym (paliatywnym) stadium nieuleczalnej choroby.

Poza kontrolami planowymi i doraźnymi Oddział, prowadził monitorowanie celowości udzielanych świadczeń poprzez weryfikację w systemie informatycznym, na podstawie centralnych reguł walidacyjnych i weryfikacyjnych.

(dowód: akta kontroli, str. 227-229)

3.3. W okresie objętym kontrolą do MOW NFZ wpłynęło ogółem 11 skarg na świadczeniodawców OPH. Główne zarzuty podnoszone w skargach to odstąpienie od leczenia/udzielania świadczeń pacjentowi, odmowa objęcia pacjenta opieką hospicyjną oraz brak właściwej opieki i realizacji świadczeń. Wszystkie skargi zostały przez Oddział rozpatrzone⁵⁶ i w wyniku podjętych czynności siedem skarg uznano za zasadne⁵⁷. Działania naprawcze polegały głównie na zmianie personelu mającego zapewnić opiekę nad pacjentem oraz wdrożenia właściwego leczenia i opieki.

(dowód: akta kontroli, str. 177-178)

3.4. Z ewidencji prowadzonej przez MOW NFZ w systemie KS-SIKCH wynika⁵⁸, że od 1 stycznia 2015 r. do 31 sierpnia 2018 r. do rozliczenia świadczeń w rodzaju OPH zostało zgłoszonych przez świadczeniodawców ogółem 42 118 pacjentów, w tym w 2015 r. – 10 856 osób, w 2016 r. – 10 875; w 2017 r. – 11 471 i do 31 sierpnia 2018 r. – 8 916 osób⁵⁹. Liczba pacjentów którym udzielono świadczeń w poszczególnych zakresach przedstawiała się następująco:

- świadczenia w hospicjum domowym dla dorosłych – 27 267 osób (64,7% świadczeń OPH);
 - świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej lub hospicjum stacjonarnym – 13 011 osób (30,9%);
 - porada w poradni medycyny paliatywnej – 1 261 osób (3,0%);
 - świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci – 525 osób (1,2%);
 - perinatalna opieka paliatywna (realizowana od lutego 2018 r.) – 54 osoby (0,2%).
- W latach 2015-2017 w województwie mazowieckim, średni wskaźnik wykonanych świadczeń w rodzaju OPH (na 10 tys. mieszkańców) wynosił odpowiednio: 20,29 20,27 i 21,30. W poszczególnych zakresach OPH następował wzrost ww. wskaźnika i średnio w latach 2015-2017 przedstawiał się następująco:
- porada w poradni medycyny paliatywnej – 0,6⁶⁰;
 - świadczenia w hospicjum domowym dla dorosłych – 13,4⁶¹;
 - świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci – 0,2⁶²;
 - świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym – 6,5⁶³.

Analiza liczby pacjentów z danego powiatu, którym wykonano i rozliczono świadczenia w 2017 r. w poszczególnych zakresach OPH, w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców tego powiatu wykazała, że wskaźnik wykonanych świadczeń w powiatach województwa przedstawiał się następująco:

⁵⁶ W przypadku trzech skarg przeprowadzono kontrole u świadczeniodawców, a w odniesieniu do pozostałych przeprowadzono postępowania wyjaśniające

⁵⁷ Uzasadnione skargi dotyczyły m.in.: braku należytego zaangażowania i empatii personelu podczas opieki, wypisania pacjenta ze szpitala bez zabezpieczenia pacjenta w urządzeniu do pomiaru insuliny, odmowy objęcia pacjenta opieką w danej placówce i zasugerowanie ubiegania się o przyjęcie przez hospicjum położone bliżej miejsca zamieszkania pacjenta.

⁵⁸ Ewidencja wg stanu na 31.08.2018 r.

⁵⁹ Z ww. bazy wyłączono pacjentów powtarzających się w danym roku

⁶⁰ W 2015 r. – 0,34; w 2016 r. – 0,36 i w 2017 r. – 0,94.

⁶¹ W 2015 r. – 13,42; w 2016 r. – 13,13 i w 2017 r. – 13,54

⁶² W 2015 r. – 0,24; w 2016 r. – 0,22 i w 2017 r. – 0,27

⁶³ W 2015 r. – 6,29; w 2016 r. – 6,56 i w 2017 r. – 6,55

- w przypadku świadczeń w poradni medycyny paliatywnej w 33 powiatach⁶⁴, wskaźnik wykonanych świadczeń kształtował się poniżej średniej dla województwa (0,94), przy czym w 9 powiatach⁶⁵ świadczeniodawcy nie rozliczyli żadnej porady, natomiast w przypadku powiatu przasnyskiego wskaźnik ten stanowił 14,37 (był wyższy o 13,43 w porównaniu ze średnią dla województwa);
- w przypadku świadczeń w hospicjum domowym dla dorosłych we wszystkich powiatach rozliczono świadczenia w tym zakresie, przy czym w 12 powiatach⁶⁶ wskaźnik udzielonych świadczeń był powyżej średniej dla województwa (13,54);
- w przypadku świadczeń w hospicjum domowym dla dzieci w przypadku 10 powiatów⁶⁷ świadczeniodawcy nie rozliczyli żadnego świadczenia, a w 11 powiatach⁶⁸ wskaźnik udzielonych świadczeń był powyżej średniej dla województwa (0,27);
- w przypadku świadczeń w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym we wszystkich powiatach rozliczono świadczenia w tym zakresie, przy czym w 16 powiatach⁶⁹ wskaźnik był powyżej średniej dla województwa (6,55), a w pięciu z nich był wyższy od 8,27 do 23,76 od średniej dla województwa⁷⁰.

Najniższe wskaźniki dla wszystkich zakresów OPH (na poziomie ok. 50% średnich dla województwa) osiągnięto w 4 powiatach: sochaczewskim, sokołowskim, ostrołęckim i wyszkowskim.

Przeprowadzona analiza wykazała również, że w latach 2015-2017 wskaźnik pacjentów z terenów wiejskich był niższy w odniesieniu do pacjentów miast w przypadku świadczeń: w poradni medycyny paliatywnej (średnio o 77%), w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym (średnio o 10%) i hospicjum domowym dla dorosłych (średnio o 35%), natomiast wyższy w przypadku świadczeń w hospicjum domowym dla dzieci (średnio o 39%).

(dowód: akta kontroli, str. 179-184)

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych wyjaśnił, że analiza liczby pacjentów (mieszkańców danego powiatu) wykazanych w sprawozdawczości przez świadczeniodawców w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców danego powiatu nie stanowiła podstawy do lokowania konkretnych środków finansowych w poszczególne obszary. Wybór świadczeniodawcy leży w gestii swobodnego wyboru pacjenta, który może się kierować wieloma kryteriami, np. renomą podmiotu, zatrudnienie konkretnego specjalisty, odległość placówki od miejsca zamieszkania bliskiej rodziny (nie zaś miejsca zamieszkania pacjenta). Dlatego na potrzeby ustalenia liczby świadczeń w poszczególnych obszarach bierze się pod uwagę powiat, w którym znajduje się miejsce udzielania świadczeń podmiotu, nie zaś adres zamieszkania pacjenta. W praktyce, na etapie planowania kontraktowania świadczeń na następny rok, Oddział opiera się o dane z dotychczasowej realizacji świadczeń z bieżącego roku oraz lat ubiegłych. Te dane mogą jedynie przybliżyć spodziewaną liczbę pacjentów przy założeniu, że trend zachorowalności utrzyma się w bieżącym roku i w latach następnych.

(dowód: akta kontroli, str. 292)

⁶⁴ Poza powiatami: gostyński, kozienickim, makowskim, plockim, przasnyskim, wołomińskim, miasto Płock, miasto Radom i m.st. Warszawa

⁶⁵ Białobrzezski, ciechanowski, garwoliński, lipski, łosicki, mławski, ostrowski, węgrowski i miasto Siedlce.

⁶⁶ Powiaty: ciechanowski, gostyński, lipski, ostrowski, otwocki, przysuski, wołomiński, żuromiński, miasto Ostrołęka, miasto Płock, miasto Radom i m.st. Warszawa.

⁶⁷ Powiaty: białobrzezski, ciechanowski, gostyński, kozienicki, lipski, mławski, siedlecki, sokołowski, wyszkowski i zwoleński.

⁶⁸ Powiaty: grodziski, grójecki, legionowski, otwocki, pruszkowski, przysuski, pułtuski, sochaczewski, miasto Radom, miasto Siedlce i m.st. Warszawa.

⁶⁹ Powiaty: ciechanowski, gostyński, makowski, miński, mławski, nowodworski, otwocki, plocki, płoński, pułtuski, siedlecki, zwoleński, żuromiński, żyrardowski, miasto Płock i miasto Siedlce.

⁷⁰ Powiat ciechanowski – 15,78; powiat mławski – 27,12; powiat żuromiński – 30,31; powiat żyrardowski – 18,80 i miasto Płock – 14,82.

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

W latach 2015 – 2018 (stan na 31.08), MOW NFZ dokonał rozliczenia świadczeń u 48 pacjentów⁷¹ na kwotę 328,2 tys. zł, dla których świadczeniodawcy w dokumentach rozliczeniowych przekazanych do Oddziału wykazali jednostki chorobowe spoza katalogu wymienionego w załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie OPH, a więc niekwalifikujące do świadczeń opieki paliatywnej.

(dowód: akta kontroli, str. 184)

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych wyjaśnił, że świadczenia zostały sfinansowane przez MOW NFZ na podstawie pozytywnie zweryfikowanych świadczeń przez system informatyczny NFZ. Weryfikacja, przeprowadzona w oparciu o reguły weryfikacyjne, nie wykryła błędów. W wyniku podjętych przez Oddział działań, do 11 grudnia 2018 r. 18 świadczeniodawców przesłało skorygowane raporty statystyczne, jeden świadczeniodawca usunął poradę sprawozdaną w poradni medycyny paliatywnej i wystawił korektę (na kwotę – 40 zł), a z jednym świadczeniodawcą trwa procedura wyjaśniająca.

(dowód: akta kontroli, str. 291, 295-308 i 407-408)

Zdaniem NIK, dokonanie weryfikacji przez system informatyczny nie zwalnia Oddziału z obowiązku monitorowania i analizowania dokumentacji sprawozdawczej składanej przez świadczeniodawców.

OCENA CZĄSTKOWA

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia rozliczanie świadczeń, które zostało dokonane na podstawie przedstawionych przez świadczeniodawców dokumentów rozliczających, zgodnie z postanowieniami rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów. Ponadto MOW NFZ podejmował właściwe działania przy rozpatrywaniu skarg.

NIK stwierdziła natomiast nieprawidłowość dotyczącą braku rzetelnej weryfikacji raportów statystycznych, co w konsekwencji doprowadziło do rozliczenia świadczeń za jednostki chorobowe spoza katalogu rozporządzenia w sprawie OPH.

4. Wnioski

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

1. Dokonywanie rzetelnych ocen dostępności personelu wymaganego do realizacji świadczeń w poradni medycyny paliatywnej zarówno przy ocenie ofert, jak i zmianach dokonywanych w trakcie obowiązywania umowy.
2. Rzetelną weryfikację raportów stanowiących podstawę rozliczenia świadczeń OPH.

5. Pozostałe informacje i pouczenia

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

⁷¹ Świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym – 29 pacjentów (wartość świadczeń 251,3 tys. zł); świadczenia w hospicjum domowym – 16 pacjentów (wartość świadczeń 76,6 tys. zł) i świadczenia w poradni medycyny paliatywnej – 3 pacjentów (wartość świadczeń 0,3 tys. zł).

do dyrektora Delegatury NIK w Warszawie. 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 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania 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.

Warszawa, dnia grudnia 2018 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Warszawie

Kontroler
Wanda Dąbrowska
Główny specjalista kontroli państwowej