



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Katowicach

LKA.410.023.01.2021

Pani

Ewa Kabza

p.o. Dyrektor

Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego

Narodowego Funduszu Zdrowia

w Katowicach

ul. Kossutha 13

40-844 Katowice

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/21/072 – Funkcjonowanie medycznej opieki geriatrycznej

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Narodowy Fundusz Zdrowia Śląski Oddział Wojewódzki w Katowicach ¹ .
Kierownik jednostki kontrolowanej	Ewa Kabza, p.o. Dyrektor ²
Zakres przedmiotowy kontroli	1. Organizacja procesu udzielania świadczeń. 2. Realizacja świadczeń z zakresu geriatry.
Okres objęty kontrolą	Lata 2017-2021 (do dnia zakończenia kontroli), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem, jeżeli miały znaczenie dla działalności jednostki w zakresie objętym kontrolą.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ³ .
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Katowicach
Kontroler	Izabela Pilarek, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/131/2021 z 16 czerwca 2021 r.

(akta kontroli str. 1-1a)

¹ Dalej: „ŚOW NFZ”, „Oddział” lub „kontrolowana jednostka”.

² Od dnia 3 sierpnia 2021 r. Wcześniej, tj. od 16 stycznia 2020 r. do 2 sierpnia 2021 r. Dyrektorem Oddziału był Piotr Nowak (zwany dalej Dyrektorem Oddziału), który od 1 kwietnia 2019 r. do 15 stycznia 2020 r. był p.o. Dyrektora Oddziału. Od dnia 14 marca 2016 r. do 31 marca 2019 r., funkcję Dyrektora pełnił Jerzy Szafranowicz.

³ Dz. U. z 2020 r. poz. 1200, ze zm.; dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

W Oddziale prawidłowo sporządzano plany zakupu świadczeń, na podstawie przeprowadzonych analiz zapotrzebowania na świadczenia, z uwzględnieniem aktualnych danych w tym zakresie oraz ogólnokrajowych i regionalnych priorytetów zdrowotnych. Kontraktowanie świadczeń odbywało się prawidłowo, z umożliwieniem dostępu do świadczeń w sąsiednich powiatach województwa, w przypadku ich niezakontraktowania w danym powiecie.

Rzetelnie przygotowywano postępowania w sprawie zawarcia umów i prawidłowo je przeprowadzano, z wyjątkiem jednego, w którym do badanej oferty zawierającej nieprawdziwe informacje, komisja konkursowa wprowadziła zmianę w odpowiedziach ankietowych udzielonych przez oferenta (stanowiących część VIII formularza ofertowego „Ankiety”), choć stosownie do art. 149 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁵, oferta ta winna zostać odrzucona.

W Oddziale prawidłowo rozliczano umowy o udzielanie świadczeń, a także monitorowano stopień ich realizacji przez świadczeniodawców. Kontrole realizacji umów przeprowadzano rzetelnie, podejmując właściwe działania, jednakowe wobec wszystkich skontrolowanych świadczeniodawców.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowej⁶ kontrolowanej działalności

OBSZAR

Opis stanu faktycznego

1. Organizacja procesu udzielania świadczeń

1.1. Podmioty lecznicze udzielające świadczeń geriatrycznych na terenie województwa

W okresie 2017-2021 (marzec), w województwie śląskim funkcjonowało 12 oddziałów geriatrycznych⁷, z liczbą łóżek wynoszącą, odpowiednio: 371, 333, 311, 305, 305⁸ oraz 18 poradni geriatrycznych⁹ w 2017 r. i 17 w późniejszym czasie.

Pełniąca obowiązki Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych wyjaśniła, że zmniejszenie liczby łóżek na oddziałach geriatrycznych wynikało m. in. z utworzenia dwóch komórek organizacyjnych, tj. Oddziału Chorób Wewnętrznych i Oddziału Geriatrycznego w miejsce jednej komórki, tj. Oddziału Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Geriatrycznym, a także ujawnienia występowania rezerwy łóżkowej w zakresie geriatry. Nadmieniała również, że w sytuacji zmiany liczby łóżek w komórkach organizacyjnych szpitala, świadczeniodawca nie ma obowiązku uzyskania na to zgody, jak również pozytywnej opinii Dyrektora ŚOW NFZ. Świadczeniodawca nie zgłasza zamiaru likwidacji łóżek, a jedynie informuje o ich likwidacji.

(akta kontroli str. 4-5, 693-695)

⁴ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną, jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁵ Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, ze zm.; zwana dalej: „ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej”.

⁶ Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana, jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

⁷ Po jednym w powiecie: cieszyńskim, mikołowskim, pszczyńskim, raciborskim, a także w Chorzowie, Częstochowie, Piekarach Śląskich, Sosnowcu i Tychach oraz trzy w Katowicach.

⁸ Na podstawie liczby łóżek podanych przez świadczeniodawców w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.

⁹ Po jednej w powiatach: cieszyńskim, mikołowskim, myszkowskim, wodzisławskim i w miastach: Chorzów (tylko w 2017 r.), Gliwice, Jaworzno, Mysłowice, po dwie w Częstochowie, Sosnowcu i Tychach oraz cztery w Katowicach.

Przyczyną zmniejszenia liczby poradni geriatrycznych (o jedną) było rozwiązanie na wniosek świadczeniodawcy umowy, wskutek rezygnacji z pracy jedyne go lekarza geriatry i niemożności pozyskania w jego miejsce innego specjalisty.

(akta kontroli str. 1043)

Na liczbę personelu udzielającego świadczeń w ramach umów podpisanych z ŚOW NFZ w zakresie geriatry, w okresie 2017-2021 (marzec) składało się odpowiednio¹⁰: 59, 56, 59, 62 i 62 lekarzy specjalistów i dziewięć, 10, 14, 20 i 19 pielęgniarek o specjalizacji geriatrycznej.

(akta kontroli str. 6)

Liczba pacjentów zmarłych na Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych¹¹ w województwie śląskim wynosiła: w 2017 r. 293 (w tym powyżej 65 roku życia¹² 209, tj. 71,3%), 2018 r. 384 (289, tj. 75,3%), w 2019 r. 471 (350, tj. 74,3%), w 2020 r. 832 (624, tj. 75%), w 2021 r. (I kwartał) 239 (169, tj. 70,7%). W 2020 r. zmarło o 361 pacjentów więcej niż w 2019 r. (76,6%), w tym powyżej 65 r.ż. o 274 (78,3%)¹³.

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że jednoznaczne określenie przyczyny wzrastającej liczby pacjentów zmarłych na SOR nie jest możliwe, jednakże analiza posiadanych danych wskazuje, że wraz ze wzrostem ogólnej liczby zgonów na SOR, wzrasta liczba zgonów w grupie 65 lat i więcej. Jako główną przyczynę hospitalizacji na SOR zakończonych zgonem pacjenta wskazał na choroby układu krążenia, a także pandemię SARS-CoV-2.

(akta kontroli str. 7, 696-702)

2. Określanie zapotrzebowania na świadczenia w zakresie geriatry i planowanie ich w ramach wydatków

Przy tworzeniu planu zakupu świadczeń zdrowotnych w zakresie geriatry na poszczególne lata okresu 2017-2020 uwzględniono priorytety ogólnopolskie, dotyczące poprawy jakości i skuteczności opieki geriatrycznej nad pacjentem w wieku podeszłym oraz zwiększenie koordynacji opieki nad pacjentami starszymi, niepełnosprawnymi oraz niesamodzielnymi, określone w rozporządzeniach Ministra Zdrowia z 21 sierpnia 2009 r. i 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych¹⁴, a także priorytety regionalne: wydłużanie trwania życia i poprawa jakości życia oraz ograniczenie niepełnosprawności poprzez przeciwdziałanie negatywnym trendom demograficznym, jak również poprawa jakości życia poprzez zmniejszenie występowania następstw chorób związanych z wiekiem uwzględniając działania profilaktyczne, skuteczniejsze wykrywanie oraz leczenie i rehabilitację pacjentów.

W procesach planowania świadczeń geriatrycznych założono m.in.: zapewnienie optymalnego dostępu do rehabilitacji w celu wydłużenia aktywności i samoobsługi osób starszych i niesamodzielnych, hamowanie chorób wieku starczego oraz fizycznej niepełnosprawności u osób starszych poprzez prowadzenie polityki „wyrównywania szans” w zakresie planów kontraktowania i zakupu świadczeń

¹⁰ Według informacji zawartych w umowach ze świadczeniodawcami w zakresie geriatry (oddziały szpitalne, poradnie). Jeden lekarz pracujący u wielu świadczeniodawców, na kilku oddziałach, został policzony jednokrotnie w danym okresie.

¹¹ Dalej: „SOR”.

¹² Dalej: „powyżej 65 r.ż.”

¹³ Dane statystyczne z bazy CBS według stanu na 11 czerwca 2021 r.; uwzględniono tylko pobyty na SOR sprawozdane w trybie stacjonarym (hospitalizacje), tj. bez trybu ambulatoryjnego (brak w sprawozdawczości informacji o zgonie pacjenta).

¹⁴ Dz. U. z 2009 r. Nr 137 poz. 1126 i Dz.U. z 2018 r. poz. 469.

związanych z opieką zdrowotną nad osobami starszymi, a także rozwój opieki koordynowanej i kompleksowej nad osobami starszymi z uwzględnieniem operacyjnych interwencji terapeutycznych poprawiających sprawność i samodzielność pacjentów.

(akta kontroli str. 113-114, 128-132, 1083-1084)

W 2020 r., w porównaniu do 2019 r. oraz 2021 r. do 2020 r., nastąpił wzrost środków przewidywanych na sfinansowanie świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza o 9,2% i 10,3%¹⁵. W ramach świadczeń rehabilitacja lecznicza, od 15 grudnia 2020 r., Oddział realizuje również Program „Świadczenia medyczne NFZ dla osób niepełnosprawnych na lata 2020-2021” przeznaczony dla osób z lekkim lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności – fizjoterapia ambulatoryjna.

(akta kontroli str. 24-25)

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że pod względem dostępności do poradni geriatrycznych¹⁶ województwo śląskie zajmuje drugie miejsce w rankingu województw, a w 2019 r. zajmowało trzecie miejsce pod względem dostępności do porad geriatrycznych (z największą w kraju liczbą poradni tej specjalności – 17), w związku z czym poziom dostępności do poradni geriatrycznych w województwie śląskim uznano za zadowalający i nie wymagający poprawy.

Nadmienił również, że w odniesieniu do rodzaju leczenia szpitalne, nie stwierdzono konieczności zwiększania liczby realizatorów świadczeń w subregionach południowym i północnym województwa, obsługiwanych przez dwa podmioty lecznicze (po jednym w subregionie), gdy subregion centralny jest obsługiwany przez 10 podmiotów leczniczych, gdyż m. in. poziom obłożenia łóżek dla tych subregionów wynosił odpowiednio 86,6% i 69,3%¹⁷.

(akta kontroli str. 17-20)

Do ustalania planów zakupu świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna¹⁸ i leczenie szpitalne¹⁹, wykorzystywano analizy i dane wskazywane w notatkach służbowych zawierających opis założeń przyjętych przy konstrukcji planu na dany rok.

W odniesieniu do AOS były to: ranking dostępności do świadczeń²⁰, analiza poziomu realizacji świadczeń przeprowadzona na podstawie wykonania świadczeń, a także analizy dotyczące ustalenia minimalnej wysokości kontraktu poradni/pracowni realizującej świadczenia w tym rodzaju²¹. Analizowano również przesłanki wynikające z Krajowych ram strategicznych „Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020”, Map potrzeb zdrowotnych opracowanych przez Ministerstwo Zdrowia²². Wnioski dotyczące zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne odnoszono do uzyskanego poziomu dostępności do świadczeń. Za miernik dostępności do świadczeń w poszczególnych zakresach służył wskaźnik dostępności do świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców na poziomie

¹⁵ Według wstępnego planu zakupu świadczeń.

¹⁶ Mierzona kwotą kontraktów w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych za okres styczeń-październik 2020 r., z uwzględnieniem świadczeń objętych ryczałtem PSZ.

¹⁷ Od listopada 2017 r. do października 2018 r.

¹⁸ Dalej: „AOS”; w rozumieniu poradnie geriatryczne.

¹⁹ Dalej: „LSZ”.

²⁰ Ocena dostępności do świadczeń w rodzaju AOS w danym roku.

²¹ Dokonywane dla określenia przewidywanej maksymalnej liczby umów zaplanowanych do zawarcia w wyniku rozstrzygnięcia postępowania konkursowego.

²² Dalej: „mapy potrzeb zdrowotnych”.

międzywojewódzkim, tj. pozycja województwa śląskiego względem innych województw.

W przypadku LSZ, plan zakupu świadczeń w poszczególnych latach był uwarunkowany następstwami utworzenia systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej²³. Przeprowadzone po zawarciu umów z podmiotami włączonymi do systemu PSZ, analizy poziomu zabezpieczenia dostępu do świadczeń w rodzaju LSZ, m. in. w zakresie geriatry – hospitalizacji, stanowiły podstawę podjęcia decyzji o ogłoszeniu postępowań uzupełniających do umów PSZ. Przy planowaniu zakupu świadczeń, wykorzystywano również analizę poziomu realizacji świadczeń i mapy potrzeb zdrowotnych.

(akta kontroli str. 13-14)

Obszarem kontraktowania świadczeń w zakresie geriatry był teren całego województwa śląskiego (bez podziału na grupy powiatów).

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że w odniesieniu do ostatniego postępowania konkursowego, dotyczącego poradni geriatrycznych, które odbyło się w 2010 r.: „...siatkę obszarów kontraktowania planowano mając na uwadze rozmieszczenie poradni geriatrycznych na terenie województwa. Nie pozwalało ono na zawężenie obszarów kontraktowania np. do grup powiatów, gdyż wiązałoby się to z ryzykiem zamrożenia środków finansowych na obszarze kontraktowania, gdzie do konkursu nie przystąpiłby żaden oferent.” Nadmieniał również, iż planowane jest prowadzenie przyszłych postępowań z zakresu geriatry w oparciu o podział województwa na osiem grup powiatów.

W odniesieniu do LSZ, w 2017 r., w związku z utworzeniem systemu PSZ, zakwalifikowano do niego 11 z 12 świadczeniodawców realizujących dotychczas świadczenia w zakresie geriatry - hospitalizacja, a jednemu, po uzyskaniu zgody Prezesa NFZ, wynikającej z art. 156 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, przedłużono umowę zawartą z Oddziałem do 30 czerwca 2018 r. W ogłoszonym następnie, uzupełniającym postępowaniu w trybie konkursu ofert, dotyczącym zakresu geriatry – hospitalizacja, jako obszar kontraktowania wskazano subregion centralny²⁴ (zgodny z obszarem świadczeń ww. jednego świadczeniodawcy). Obszarem kontraktowania objęto również powiat pszczyński, gdyż w związku z wypowiedzeniem jednemu ze świadczeniodawców umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej²⁵ w systemie PSZ, wystąpiła konieczność przeprowadzenia postępowania w trybie konkursu ofert, a po jego unieważnieniu w trybie rokowań.

(akta kontroli str. 14-16)

W odniesieniu do współpracy Oddziału z innymi podmiotami w celu uzyskania informacji wykorzystywanych do planowania poziomu kontraktowania zakresów świadczeń, w tym z konsultantem wojewódzkim, Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że: „Konsultant wojewódzki i inne podmioty nie uczestniczyły w procesie opracowywania planu zakupu”.

(akta kontroli str.16)

W latach 2017-2020 wysokość środków zaplanowanych na zakup świadczeń zdrowotnych z zakresu geriatry wyniosła łącznie 95.067.674,17 zł, w tym

²³ Dalej: „system PSZ lub PSZ”.

²⁴ Powiaty: będziński, gliwicki, mikołowski, pszczyński, raciborski, rybnicki, tarnogórski, bieruńsko-łędziński, wodzisławski, zawierciański, powiaty miasta: Bytom, Chorzów, Dąbrowa Górnicza, Gliwice, Jastrzębie Zdrój, Jaworzno, Katowice, Mysłowice, Piekary śl., Ruda Śl., Rybnik, Siemianowice Śl., Sosnowiec, Świętochłowice, Tychy, Zabrze, Żory.

²⁵ Dalej: „śoz”.

90.202.650,95 zł w LSZ, 3.516.968,22 zł w AOS, 1.257.803 zł w psychogeriatrici²⁶ i 90.252 zł w świadczeniach zdrowotnych kontraktowanych odrębnie²⁷. W poszczególnych latach na zakup świadczeń dla zakresów geriatrycznych zaplanowano²⁸:

- w 2017 r. – 26.413.711,80 zł, w tym: 24.397.208,30 zł LSZ²⁹, 1.104.795,50 zł AOS³⁰, 821.456 zł PSY i 90.252 zł SZKO,

- w 2018 r. 3.913.374,88 zł, w tym: 2.507.024 zł LSZ³¹, 970.003,88 zł AOS³², 436.347 zł PSY,

- w 2019 r. – 30.468.347,60 zł, w tym: 29.651.196 zł LSZ³³, 817.151,60 zł AOS³⁴,

- w 2020 r. – 34.272.239,89 zł, w tym: 33.647.222,65 zł LSZ³⁵, 625.017,24 zł AOS³⁶.

(akta kontroli str. 37-100, 204-207)

Odnosnie zaplanowania środków na zakup świadczeń zdrowotnych z zakresu geriatrici w 2018 r. w kwocie znacznie niższej niż w 2017 r., 2019 r. i 2020 r., p.o. Dyrektora Oddziału wyjaśniła, że wynikało to z utworzenia PSZ, w ramach którego zakresy dotyczące geriatrici nie stanowiły odrębnej pozycji w planie zakupu świadczeń lecz były składową ryczałtu PSZ.

(akta kontroli str. 1044)

W latach 2017-2020 liczba i wartość zakontraktowanych świadczeń z zakresu geriatrici³⁷ wyniosła łącznie 14.436.309 i 35.393.464,91 zł, w tym: 12.427.197 i 32.790.722,11 zł w LSZ, 2.009.112 i 2.602.742,80 zł w AOS. W poszczególnych latach zakontraktowano:

- w 2017 r.³⁸ – 1.435.042 i 22.356.597,51 zł, w tym: 1.205.950 i 21.569.475,11 zł LSZ, 229.092 i 787.122,40 zł AOS,

- w 2018 r. 4.524.965 i 4.537.222,10 zł, w tym: 3.912.110 i 3.912.110 zł LSZ, 612.855 i 625.112,10 zł AOS,

- w 2019 r. – 4.779.264 i 4.791.468,34 zł, w tym: 4.169.047 i 4.169.047 zł LSZ, 610.217 i 622.421,34 zł AOS,

- w 2020 r. – 3.697.038 i 3.708.176,96 zł, w tym: 3.140.090 i 3.140.090 zł LSZ, 556.948 i 568.086,96 zł AOS³⁹.

(akta kontroli str. 210)

W podziale na powiaty, liczba i wartość zakontraktowanych świadczeń z zakresu geriatrici, kształtowała się następująco:

²⁶ Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień; dalej: „PSY”.

²⁷ Telekonsylium geriatriczne; dalej: „SZKO”.

²⁸ Według danych z Części B3 (Zagregowany plan zakupu świadczeń ŚOW NFZ) Planów zakupu świadczeń ŚOW NFZ na poszczególne lata okresu 2017-2020.

²⁹ W tym umowy wieloletnie 12.198.604,15 zł.

³⁰ W tym umowy wieloletnie 526.032,70 zł.

³¹ W tym umowy wieloletnie 737.360 zł.

³² W tym umowy wieloletnie 350.363,88 zł.

³³ W tym umowy wieloletnie 3.568.622 zł.

³⁴ W tym umowy wieloletnie 549.623,60 zł.

³⁵ W tym umowy wieloletnie 3.883.888 zł.

³⁶ W całości umowy wieloletnie.

³⁷ Przyjęto zakresy: 03.4060.030.02 – geriatricia-hospitalizacja, 03.4060.100.02 – geriatricia-RDTL-hospitalizacja, 02.1060.001.02 – świadczenia w zakresie geriatrici, 02.1060.401.02 - świadczenia w zakresie geriatrici-świadczenia pierwszorazowe.

³⁸ Od października 2017 r., finansowanie świadczeń odbywało się w ramach zawartych umów oraz w ramach ryczałtu PSZ.

³⁹ W całości umowy wieloletnie.

- a) LSZ - zakontraktowano świadczenia geriatryczne w 10 powiatach⁴⁰:
- w 2017 r. najmniejsza liczba jednostek rozliczeniowych i wartości kontraktów dotyczyła powiatu pszczyńskiego: 7.840 i 392.000 zł, a największa m. Katowice: 984.466 i 10.176.986 zł,
 - w latach 2018-2020, liczba jednostek rozliczeniowych była równa wartości kontraktów i dla powiatu pszczyńskiego wynosiła, odpowiednio: 296.034 zł, 896.804 zł i 847.176 zł, a dla m. Katowice: 3.616.076 zł, 3.272.243 zł i 2.292.914 zł. W pozostałych ośmiu powiatach, finansowanie świadczeń odbywało się w ramach ryczału PSZ.
- b) AOS:
- w 2017 r. zakontraktowano świadczenia geriatryczne w 12 powiatach⁴¹, przy czym najmniejsza liczba jednostek rozliczeniowych i wartość kontraktów dotyczyła powiatu wodzisławskiego: 156 i 1.435,20 zł, a największa m. Częstochowa: 54.971 i 165.158,90 zł,
 - w 2018 r. zakontraktowano świadczenia geriatryczne w dziewięciu powiatach⁴², przy czym najmniejsza liczba jednostek rozliczeniowych i wartość kontraktów dotyczyła powiatu myszkowskiego: 10.034 i 10.234,68 zł, a największa m. Częstochowa: 168.521 i 171.891,42 zł,
 - w 2019 r. i 2020 r. zakontraktowano świadczenia geriatryczne w ośmiu powiatach⁴³, przy czym najmniejsza liczba jednostek rozliczeniowych: 7.962 i 9.697 oraz wartość kontraktów: 8.121,24 zł i 9.890,94 zł dotyczyła powiatu myszkowskiego, a największa liczba jednostek rozliczeniowych: 166.519 i 160.000 oraz wartość kontraktów: 169.849,38 zł i 163.200 zł - m. Częstochowy.

(akta kontroli str. 210)

Odnośnie zakontraktowania świadczeń geriatrycznych w LSZ w 10, a nie we wszystkich 36 powiatach województwa śląskiego, p.o. Dyrektora Oddziału wyjaśniła, że postępowania w trybie konkursu ofert mają formułę otwartą i nie są skierowane dla konkretnych podmiotów leczniczych – każdy oferent mógł złożyć ofertę w ramach toczącego się postępowania obejmującego teren województwa śląskiego (umożliwiało to złożenie ofert z miejscem realizacji świadczeń w dowolnym powiecie województwa). Nadmienila również, że pacjenci kwalifikujący się do opieki geriatrycznej korzystają również z innych oddziałów szpitalnych (np. choroby wewnętrzne, chirurgia ogólna, kardiologia).

(akta kontroli str. 1044-1046)

Odnośnie zmniejszającej się liczby powiatów, w których zakontraktowano świadczenia geriatryczne w AOS, p.o. Dyrektora wyjaśniła, że wskutek utworzenia systemu PSZ, działające w nim poradnie geriatryczne stały się miejscami realizacji świadczeń niezwiązanymi wprost z dotychczasowymi obszarami ich kontraktowania. Włączenie poradni geriatrycznych do PSZ nie wiązało się ze zmniejszeniem ich liczby oraz dostępności do świadczeń.

(akta kontroli str. 1046-1047)

⁴⁰ Powiaty: m. Chorzów, cieszyński, m. Częstochowa, m. Katowice, mikołowski, m. Piekary śl., pszczyński, raciborski, m. Sosnowiec, m. Tychy.

⁴¹ Powiaty: m. Chorzów, cieszyński, m. Częstochowa, m. Gliwice, m. Jaworzno, m. Katowice, mikołowski, m. Mysłowice, myszkowski, m. Sosnowiec, m. Tychy, wodzisławski.

⁴² Powiaty: m. Chorzów, m. Częstochowa, m. Gliwice, m. Jaworzno, m. Katowice, m. Mysłowice, myszkowski, m. Sosnowiec, m. Tychy.

⁴³ Powiaty: m. Częstochowa, m. Gliwice, m. Jaworzno, m. Katowice, m. Mysłowice, myszkowski, m. Sosnowiec, m. Tychy.

Wysokość środków przeznaczonych przez Oddział na świadczenia geriatryczne w latach 2017-2020 wyniosła łącznie 35.174.038,97 zł, w tym 2.511.170,54 zł w AOS i 32.662.868,43 w LSZ. W poszczególnych latach⁴⁴, wydatki na zakup świadczeń dla zakresów geriatrycznych oraz ich udział w kosztach świadczeń ogółem kształtowały się następująco:

- w 2017 r. – 22.344.174,79 zł, w tym: 21.558.741,47 zł (0,56%) LSZ i 785.433,32 zł (0,11%) AOS,

- w 2018 r. – 4.522.177,31 zł, w tym 3.900.428,04 zł (0,17%) LSZ i 621.749,27 zł (0,1%) AOS,

- w 2019 r. – 4.780.328,02 zł, w tym: 4.162.294,76 zł (0,16%) LSZ i 618.033,26 zł (0,09%) AOS,

- w 2020 r. – 3.527.358,85 zł, w tym: 3.041.404,16 zł (0,12%) LSZ 485.954,69 zł (0,07%) AOS.

(akta kontroli str.208-209)

P.o. Dyrektora Oddziału wyjaśniła, że przyczyną spadku udziału wydatków na zakup świadczeń dla zakresów geriatrycznych w kosztach świadczeń ogółem w 2018 r. w porównaniu do 2017 r. było utworzenie systemu PSZ, w którym zakresy sprawozdawcze dotyczące geriatryki nie stanowiły odrębnej pozycji w planie zakupu świadczeń lecz były składową ryczałtu PSZ.

(akta kontroli str. 1058)

W podziale na powiaty, wydatki na zakup świadczeń dla zakresów geriatrycznych oraz ich udział w kosztach świadczeń ogółem w latach 2017-2020, kształtowały się następująco:

a) LSZ – zakupiono świadczenia w 10 powiatach⁴⁵:

- w 2017 r. – najmniejsza wartość zakupionych świadczeń w zakresie geriatryki dotyczyła powiatu pszczyńskiego: 391.982,50 zł (1,32% wartości zapłaconych świadczeń ogółem), a największa m. Katowice: 10.170.595,15 zł (1,13%),

- w latach 2018-2020, wartość zakupionych świadczeń w zakresie geriatryki dla powiatu pszczyńskiego wynosiła odpowiednio: 296.033,92 zł (1,66%), 896.000,84 zł (2,69%) i 840.495 zł (2,5%), a dla m. Katowice: 3.604.394,12 zł (0,59%), 3.266.293,92 zł (0,49%) i 2.200.909,16 zł (0,32%). W pozostałych ośmiu powiatach, finansowanie świadczeń odbywało się w ramach ryczałtu PSZ.

b) AOS:

- w 2017 r. zakupiono świadczenia geriatryczne w 12 powiatach⁴⁶, przy czym najmniejsza ich wartość dotyczyła powiatu wodzisławskiego: 1.432,07 zł (0,01%), a największa m. Częstochowa: 165.032,20 zł (0,32%),

⁴⁴ Od października 2017 r., finansowanie świadczeń odbywało się w ramach zawartych umów oraz w ramach ryczałtu PSZ.

⁴⁵ Powiaty: m. Chorzów, cieszyński, m. Częstochowa, m. Katowice, mikołowski, m. Piekary śl., pszczyński, raciborski, m. Sosnowiec, m. Tychy.

⁴⁶ Powiaty: m. Chorzów, cieszyński, m. Częstochowa, m. Gliwice, m. Jaworzno, m. Katowice, mikołowski, m. Mysłowice, myszkowski, m. Sosnowiec, m. Tychy, wodzisławski.

- w 2018 r. zakupiono świadczenia geriatryczne w dziewięciu powiatach⁴⁷, przy czym najmniejsza ich wartość dotyczyła powiatu myszkowskiego: 10.234,66 zł (0,14%), a największa m. Częstochowa: 171.890,58 zł (0,39%),

- w 2019 r. i 2020 r. zakupiono świadczenia geriatryczne w ośmiu powiatach⁴⁸, przy czym najmniejsza ich wartość: 6.978,43 zł i 5.252,07 zł dotyczyła powiatu myszkowskiego:, a największa: 169.060,81 zł i 113.907,49 zł - m. Częstochowy.

(akta kontroli str.208-209)

W powiecie m. Katowice, w latach 2017-2020, systematycznie spadały wydatki na zakup świadczeń dla zakresów geriatrycznych w LSZ oraz ich udział w kosztach świadczeń ogółem: w 2017 r. 10.170.595,15 zł (1,13%), w 2018 r. 3.604.394,12 zł (0,59%), w 2019 r. 3.266.293,92 zł (0,49%), w 2020 r. 2.200.909,16 zł (0,32%). Jak wyjaśniła p.o. Dyrektora Oddziału, wynikało to z rozliczania się dwóch z trzech świadczeniodawców realizujących świadczenia w zakresie geriatry w ramach ryczału PSZ, a także stałej tendencji realizacji świadczeń na poziomie niższym od ustalonego w umowie, wskutek niskiej zgłaszalności pacjentów i ograniczonych możliwości wykonawczych poradni geriatrycznych.

(akta kontroli str.208-209, 1059-1060)

W okresie 2017 r. - 31 marca 2021 r., średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia geriatrycznego w województwie śląskim wynosił w odniesieniu do:

- a) Oddziału szpitalnego – dla przypadku pilnego od 14 do 39 dni⁴⁹, przy czym w okresie 2019 r. - 31 marca 2021 r., w porównaniu do 2018 r., nastąpiło wydłużenie tego czasu o siedem, 25 i 15 dni, a dla przypadku stabilnego od 46 do 69 dni⁵⁰, przy czym w 2019 r. w porównaniu do 2018 r. miał miejsce wzrost o 11 dni, a w I kwartale 2021 r. do 2020 r. o 23 dni,
- b) Poradni geriatrycznej - dla przypadku pilnego od 5 do 11 dni⁵¹, a dla przypadku stabilnego od 24 do 35 dni⁵², przy czym w 2020 r. I kwartale 2021 r. w porównaniu z 2019 r., nastąpiło skrócenie czasu oczekiwania o dziewięć dni.

(akta kontroli str. 8)

P.o. Dyrektora Oddziału wyjaśniła, że przyczyną wydłużenia średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia w oddziale geriatrycznym mogło być kwalifikowanie pacjentów przez lekarza do określonej kategorii medycznej (przypadek pilny lub stabilny), przekształcenie szpitali/oddziałów w covidowe i zalecenie NFZ ograniczania lub zawieszania udzielania świadczeń w czasie pandemii, a także wybieranie przez pacjentów świadczeniodawców z dłuższym czasem oczekiwania.

(akta kontroli str. 8, 1060-1061)

Oddział gromadził dane dotyczące liczby osób oczekujących na udzielenie świadczenia na podstawie danych przekazywanych przez świadczeniodawców

⁴⁷ Powiaty: m. Chorzów, m. Częstochowa, m. Gliwice, m. Jaworzno, m. Katowice, m. Mysłowice, myszkowski, m. Sosnowiec, m. Tychy.

⁴⁸ Powiaty: m. Częstochowa, m. Gliwice, m. Jaworzno, m. Katowice, m. Mysłowice, myszkowski, m. Sosnowiec, m. Tychy.

⁴⁹ W 2017 r. – 16, w 2018 r. 14, w 2019 r. 21, w 2020 r. 39 i w I kwartale 2021 r. 29 dni.

⁵⁰ W 2017 r. – 49, w 2018 r. 51, w 2019 r. 62, w 2020 r. 46 i w I kwartale 2021 r. 69 dni.

⁵¹ W 2017 r. – 6, w 2018 r. 6, w 2019 r. 11, w 2020 r. 5 i w I kwartale 2021 r. 10 dni.

⁵² W 2017 r. – 32, w 2018 r. 32, w 2019 r. 35, w 2020 r. 24 i w I kwartale 2021 r. 24 dni.

w comiesięcznych komunikatach XML, co było zgodne z zarządzeniem Prezesa NFZ nr 98/2019/DI z 1 sierpnia 2019 r. w sprawie ustalenia jednolitego pliku sprawozdawczego w postaci szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML. Następnie Oddział poddawał uzyskane dane comiesięcznej analizie pod względem ich spójności i terminowości, co odbywało się automatycznie, przy wykorzystaniu systemów informatycznych. Pełna weryfikacja informacji o listach oczekujących była możliwa w ramach kontroli u świadczeniodawcy.

(akta kontroli str. 20-21)

Utworzenie systemu PSZ, nie miało wpływu na liczbę oddziałów geriatrycznych i poradni geriatrycznych w województwie śląskim. Przyczyny zmniejszenia liczby łóżek na oddziałach geriatrycznych omówiono we wcześniejszej części wystąpienia (obszar I pkt 1).

(akta kontroli str. 4-6, 25-26, 693-695)

Liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń z zakresu geriatry w województwie śląskim, w badanym okresie systematycznie spadała, tj. z 12.247 w 2017 r. do 11.990 w 2019 r. i 8.062 w 2020 r.⁵³ Zmniejszała się również liczba pacjentów z terenu województwa, którym udzielono takich świadczeń, tj. z 11.914 w 2017 r. do 11.661 w 2019 r. i 7.867 w 2020 r.⁵⁴

Udział pacjentów z terenu województwa, którym udzielono świadczeń w zakresie geriatry w liczbie uprawnionych do takich świadczeń w latach 2017 – 2019 kształtował się na zbliżonym poziomie – wynosił od 1,02% do 1,05%, a w 2020 r. obniżył się do 0,67%.

(akta kontroli str. 211)

P.o. Dyrektora Oddziału wyjaśniła, że malejąca liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń z zakresu porad geriatrycznych oraz hospitalizacji może wynikać m.in. z korzystania przez pacjentów z innych właściwych poradni specjalistycznych, występowania obostrzeń sanitarnych w związku z epidemią COVID-19, a także z przekształcenia oddziałów geriatrycznych w oddziały tzw. covidowe.

(akta kontroli str. 1047-1048)

Przeprowadzona w trakcie kontroli przez NIK, analiza dostępności do świadczeń geriatrycznych wykazała, że we wszystkich powiatach, w których nie zakontraktowano świadczeń geriatrycznych (21 z 36), dostęp do takich świadczeń został zabezpieczony w sąsiednich powiatach z województwa śląskiego wykonujących świadczenia z zakresu geriatry.

(akta kontroli str. 1085)

Relacja liczby świadczeń z zakresu geriatry, których udzielono pacjentom z poszczególnych powiatów województwa śląskiego⁵⁵, do liczby pacjentów z terenu poszczególnych powiatów województwa, którym udzielono takich świadczeń, wynosiła w latach 2017 r. – 2020 r. od 1,00 do 1,99 dla 25-26 powiatów, od 2,00 do 2,99 dla pięciu – dziewięciu powiatów, od 3,00 do 7,83 dla zero – jednego powiatu, co świadczy o braku zasadniczych różnic w dostępie do świadczeń geriatrycznych w poszczególnych powiatach.

(akta kontroli str. str. 212)

⁵³ W 2018 r. 12.093.

⁵⁴ W 2018 r. 11.753.

⁵⁵ Tylko świadczenia udzielone na terenie województwa śląskiego.

3. Współpraca ŚOW NFZ podczas planowania poziomu kontraktowania świadczeń dotyczących geriatry z innymi podmiotami

W okresie objętym kontrolą, współpraca z Konsultantem Wojewódzkim ds. Geriatryi dotyczyła m. in. sprawy nieujęcia w systemie PSZ oddziału geriatrycznego zlokalizowanego w jednym podmiocie i ustalenia czy stanowiło to ograniczenie dostępu do tych świadczeń, w stopniu uzasadniającym konieczność ogłoszenia postępowania konkursowego w zakresie geriatrya-hospitalizacja (ostatecznie ogłoszono takie postępowanie w 2018 r.).

Oddział otrzymał do wykorzystania konspekt Raportów rocznych z działalności konsultantów wojewódzkich za 2017 r., w tym w zakresie geriatryi, w którym zarekomendowano m.in. zwiększenie liczby geriatrów, tj. z 60 do 140 lekarzy specjalistów.

P.o. Dyrektora Oddziału wyjaśniła, że treść wymienionego raportu nie mogła mieć bezpośredniego odzwierciedlenia w procesie kontraktowania świadczeń w zakresie geriatryi, gdyż od 1 października 2017 r. świadczenia te są finansowane w ramach ryczału PSZ, który podlega skorygowaniu tylko w przypadkach przerwy w udzielaniu świadczeń lub zmiany zakresu działalności leczniczej świadczeniodawcy.

(akta kontroli str. 155-160, 1048, 1063-1069)

W procesie planowania poziomu kontraktowania świadczeń dotyczących geriatryi, Oddział zwracał się w 2017 r. do Ministra Zdrowia, po czym uzyskał pozytywną opinię odnośnie włączenia do PSZ świadczeniodawcy, który od 2012 r. realizował umowę o udzielanie szos wyłącznie w zakresie geriatrya-hospitalizacja, a nie spełniał kryteriów kwalifikacji do systemu PSZ. W sprawie tej, Oddział korespondował również m.in. z Wojewodą Śląskim i Śląskim Urzędem Wojewódzkim w Katowicach.

(akta kontroli str. 140-154, 168-175)

4. Przygotowanie i przeprowadzanie postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń w zakresie geriatryi

W latach 2017-2021, Oddział nie prowadził postępowań konkursowych o zawarcie umów na udzielanie szos w rodzaju AOS w zakresie geriatryi - ostatnie miało miejsce w 2010 r.⁵⁶, a obszarem kontraktowania było objęte całe województwo śląskie. W wyniku tego postępowania zawarto umowy na okres 2011-2013, które następnie prolongowano.

W odniesieniu do rodzaju LSZ, w związku z utworzeniem z dniem 1 października 2017 r. systemu PSZ⁵⁷, w badanym okresie przeprowadzono jedynie trzy nw. postępowania o udzielenie szos, m.in. w zakresie geriatrya- hospitalizacja, tj.:

a) konkursowe uzupełniające⁵⁸ do systemu PSZ⁵⁹ dla subregionu centralnego⁶⁰,

⁵⁶ Postępowanie konkursowe nr 12-11-000734/AOS/02/1/02.1060.001.02/1.

⁵⁷ Ostatnie postępowanie w rodzaju LSZ, w zakresie geriatrya-hospitalizacja było oznaczone numerem 12-12-000333/LSZ/03/1/03.4060.030.02/1, obejmowało całe województwo śląskie i skutkowało zawarciem umów obowiązujących od 1 stycznia 2012 r. Dodatkowo prowadzono postępowanie nr 12-12-000987/LSZ/03/1/03.4060.030.02/1, skutkujące zawarciem umowy obowiązującej od 1 czerwca 2012 r.

⁵⁸ Nr 12-18-000351/LSZ/03/1/03.4060.030.02/01; zwane dalej: „nr 351”.

⁵⁹ Oferty złożone przez: podmiot, u którego przedmiotowy profil nie został zakwalifikowany do systemu PSZ oraz podmiot, który wcześniej nie realizował świadczeń w zakresie geriatryi w ramach zawartej umowy.

⁶⁰ Powiaty: będziński, gliwicki, mikołowski, pszczyński, raciborski, rybnicki, tarnogórski, bieruńsko-łędziński, wodzisławski, zawierniański, powiaty miasta: Bytom, Chorzów, Dąbrowa Górnicza, Gliwice, Jastrzębie Zdrój, Jaworzno, Katowice, Mysłowice, Piekary śl., Ruda Śl., Rybnik, Siemianowice Śl., Sosnowiec, Świętochłowice, Tychy, Zabrze, Żory.

b) konkursowe⁶¹ ogłoszone w związku z wypowiedzeniem umowy podmiotowi leczniczemu X⁶², który realizował świadczenia w ramach umowy o udzielanie łoż w systemie PSZ⁶³,

c) w trybie rokowań⁶⁴, w związku z koniecznością zapewnienia dostępu do świadczeń dla świadczeniobiorców powiatu pszczyńskiego, po unieważnieniu postępowania konkursowego nr 366⁶⁵.

W ramach wymienionych postępowań złożono pięć ofert, z których dwie zostały odrzucone⁶⁶. Przyczyną odrzucenia ofert, a tym samym unieważnienia postępowania było niespełnienie wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Prezesa NFZ na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej z oraz nieprzedstawienie wszystkich wymaganych dokumentów i nieuzupełnienie ich w terminie. W wyniku przeprowadzenia badanych postępowań Oddział zawarł dwie umowy dotyczące udzielania świadczeń w zakresie geriatry.

(akta kontroli str. 27-29, 203, 243-254, 257-504, 541-542, 544, 551-612, 613-691, 1086-1098)

Badanie wymienionych postępowań wykazało, że:

- w przypadku postępowania nr 351, podstawę określenia jego wartości, stanowiła kwota odpowiadająca warunkom finansowym uzgodnionym ze świadczeniodawcą na II kwartał 2018 r. Ustalona liczba jednostek rozliczeniowych wynosiła 737.360, a cena oczekiwana 1 zł za jednostkę rozliczeniową. Obszar kontraktowania wynikał m.in. z dotychczasowego rozmieszczenia miejsc realizacji świadczeń,

- w przypadku postępowania nr 366, podstawę określenia jego wartości stanowiły środki finansowe przeznaczone na realizację w IV kwartale 2017 r. umowy wypowiedzianej oferentowi X, tj. 154.796 zł. Ustalona liczba jednostek rozliczeniowych wynosiła 154.796, a cena oczekiwana 1 zł za jednostkę rozliczeniową. Obszar kontraktowania dotyczył powiatu pszczyńskiego i wynikał z wypowiedzianej umowy oferentowi X,

- w przypadku postępowania nr 390, obszar kontraktowania oraz maksymalną liczbę umów do zawarcia (jedną), pozostawiono na poziomie jaki został określony w unieważnionym postępowaniu nr 366. Podstawę określenia wartości postępowania stanowiły zaplanowane wcześniej środki finansowe na realizację umowy wypowiedzianej oferentowi X, pomniejszone o wartość przypadającą na jeden miesiąc z uwagi na planowane zawarcie umowy od 1 sierpnia 2018 r. – 103.197 zł. Ustalona liczba jednostek rozliczeniowych wynosiła 103.197, a cena oczekiwana 1 zł za jednostkę rozliczeniową,

- we wszystkich badanych postępowaniach, liczba umów, które miały zostać zawarte (po jednej), odpowiadała aktualnej liczbie miejsc realizacji świadczeń,

⁶¹ Nr 12-18-000366/LSZ/03/1/03.4060.030.02/01; zwane dalej: „nr 366”.

⁶² Przyczyną rozwiązania umowy był długotrwale utrzymujący się stan udzielania łoż w nieodpowiednich warunkach technicznych, naruszających przepisy przeciwpożarowe, w tym powodujących zagrożenie dla życia i zdrowia ludzi ustalone przez Powiatową Państwową Straż Pożarną oraz liczne nieprawidłowości stwierdzone podczas kontroli przeprowadzonej przez Oddział.

⁶³ Oferty złożone przez: X, któremu wcześniej wypowiedziano umowę oraz oferta Q.

⁶⁴ Nr 12-18-000390/LSZ/03/1/03.4060.030.02/03; zwane dalej: „nr 390”.

⁶⁵ Oferta złożona przez Q, który wcześniej nie realizował świadczeń w zakresie geriatry w ramach zawartej umowy.

⁶⁶ Dwie oferty w postępowaniu nr 366.

- ogłoszenia o wymienionych postępowaniach zawierały wszystkie elementy wymienione w § 3 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy⁶⁷ i zgodnie z § 3 ust. 1 wymienionego rozporządzenia, zostały zamieszczone na stronie internetowej Oddziału,
- Dyrektor Oddziału powołał stosownymi zarządzeniami komisje konkursowe, a do ich składu wyznaczył pracowników posiadających kwalifikacje stosowne do § 6 ust. 2 rozporządzenia w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu,
- w dwóch z trzech postępowań złożone oferty były kompletne i spełniały wymogi udzielania świadczeń określone w załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁶⁸, a w jednym przypadku nie spełniały tych wymogów i zostały odrzucone,
- przedmiot postępowań każdorazowo opisano w sposób jednoznaczny i wyczerpujący, podając numer wg Polskiej Klasyfikacji Wyrobów i Usług⁶⁹, nazwę zakresu usługi i obszar, na którym będzie ona realizowana,
- komisje konkursowe w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia ofert wezwały czterech oferentów do usunięcia braków formalnych w złożonych ofertach, z których trzech terminowo usunęło braki i uzupełniło wymagane dokumenty,
- komisje konkursowe dokonały analizy złożonych ofert pod względem kryteriów: ceny, jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości udzielania świadczeń,
- kryteria oceny ofert i warunki wymagane od oferentów były jawne i niezmiennie w terminie przeprowadzenia konkursów ofert,
- przeprowadzono weryfikację trzech oferentów, którzy dotychczas nie mieli zawartej umowy z Oddziałem, co było zgodne z § 17 ust. 2 i 3 rozporządzenia w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu,
- nie wystąpiły przypadki modyfikacji ofert przez oferentów po terminie składania ofert,
- w wyniku dwóch z trzech przeprowadzonych postępowań, założenia planu zakupu świadczeń zostały zrealizowane⁷⁰,
- ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowań umieszczano na stronie internetowej Oddziału, co było zgodne z art. 151 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

(akta kontroli str. 27-29, 203, 243-254, 257-504, 541-542, 544, 551-691, 1081-1082, 1086-1107)

W badanych postępowaniach, wystąpiły dwa przypadki złożenia do komisji konkursowych protestów⁷¹, w trybie art. 153 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, które dotyczyły:

⁶⁷ Dz.U. z 2018 . poz. 1897; zwane dalej: „rozporządzeniem w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej”, uchylone z dniem 22 października 2020 r.

⁶⁸ Dz. U. z 2021 r. poz. 290, ze zm.; zwane dalej: „rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych”.

⁶⁹ Dział 86 - usługi w zakresie opieki zdrowotnej.

⁷⁰ W jednym przypadku unieważniono postępowanie.

⁷¹ Postępowania konkursowe nr 351 i 366.

- stanowiska Komisji Konkursowej odnośnie do wykładni art. 95d ust. 1 pkt 1 ustawy o szoz, tj. konieczności posiadania opinii o celowości inwestycji polegającej na utworzeniu nowych komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego i wynikającej stąd zmiany technicznej odpowiedzi ankiety oferenta (pytanie nr 1.6.1.2.) z „nie dotyczy” na „tak”, co spowodowało odjęcie 8 pkt za to kryterium⁷²,

- odrzucenia w całości oferty złożonej w postępowaniu, z uwagi na niespełnienie wymaganych warunków określonych w przepisach prawa, w tym warunków określonych przez Prezesa NFZ na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej⁷³.

Ponadto, jeden z oferentów złożył odwołanie do Dyrektora Oddziału w trybie art. 154 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej od rozstrzygnięcia postępowania konkursowego⁷⁴, dotyczące głównie odjęcia 8 pkt w odpowiedzi ankiety – pytanie nr 1.6.1.2., co opisano wcześniej.

Komisje konkursowe oddaliły protesty, a Dyrektor Oddziału oddalił odwołanie od decyzji. Świadczeniodawca nie złożył skargi do sądu administracyjnego wynikającej z art. 154 ust. 8 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

(akta kontroli str. 29-30, 313-316, 329-345, 400-420, 505-540, 1049, 1086-1107)

5. Aneksowanie umów wieloletnich na świadczenia z zakresu geriatry

Zasady aneksowania umów wieloletnich zostały określone w notatkach służbowych dotyczących przyjęcia założeń do planu zakupu świadczeń i ustalenia poziomu finansowania świadczeń w danym okresie, a w części dotyczącej kwot zobowiązań w § 32 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁷⁵.

(akta kontroli str. 996-1039)

W wyniku badania dokumentacji dotyczącej zawarcia czterech wybranych aneksów do umów wieloletnich⁷⁶, zawieranych na początku okresu rozliczeniowego stwierdzono, że sposób aneksowania podpisanych umów wieloletnich był zgodny z zaakceptowanymi przez Dyrektora Oddziału notatkami służbowymi dotyczącymi określenia zasad konstruowania planu rzeczowo-finansowego w rodzaju AOS na okres I półrocza 2018 r. i III kwartału 2018 r.⁷⁷. W szczególności, kwoty świadczeń wskazane na I półroczu 2018 r. odpowiadały przeliczonym na sześć miesięcy wartościom planów rzeczowo-finansowych obowiązujących w IV kwartale 2017 r., a kwoty na III kwartał 2018 r. odpowiadały wartości planów na II kwartał 2018 r.

(akta kontroli str. 31-33, 996-1025, 1108-1111)

Dokonywane przez świadczeniodawców w okresie obowiązywania umów, zmiany w potencjale wykonawczym były weryfikowane przez pracowników Oddziału pod

⁷² Protest w postępowaniu konkursowym nr 351.

⁷³ Protest w postępowaniu konkursowym nr 366.

⁷⁴ Postępowanie konkursowe nr 351.

⁷⁵ Dz.U. z 2020 r. poz. 320, ze zm., dalej zwane „rozporządzeniem w sprawie ogólnych warunków umów”

⁷⁶ W odniesieniu do jednego podmiotu - aneksy nr: 1/02/1/2018 z 22 grudnia 2017 r. na okres I półrocza 2018 r. i 6/02/1/2018 z 25 czerwca 2018 r. na okres III kwartału 2018 r., a w odniesieniu do drugiego podmiotu – aneksy nr: 1/02/1/2018 z 20 grudnia 2017 r. na okres I półrocza 2018 r. i 6/02/1/2018 z 22 czerwca 2018 r. na okres III kwartału 2018 r.

⁷⁷ Notatki służbowe z: 7 listopada 2017 r., znak: WSOZ-III.600.43.2017, WSOZ-III.C.1790.2017 oraz 16 maja 2018 r., znak: WSOZ-III.600.9.2018, WSOZ-III.C.638.2018.

kątem ewentualnego naruszenia warunków wymaganych do realizacji świadczeń oraz deklarowanych warunków rankingujących. Sprawdzenie dotyczyło m.in. zgłoszonego sprzętu i zawartych umów podwykonawczych, a także wykonywanie świadczeń przez lekarza zgłoszonego do umowy.

W badanych przypadkach, poziom realizacji świadczeń był niższy od zaproponowanych wartości kontraktów – u obydwu podmiotów nie występowały nadwykonania.

W odniesieniu do kontrolowanych aneksów, w ciągu 2018 r. czterokrotnie wystąpiły zmiany wartości zawartych umów. Przyczynami zmian były m.in. wniosek świadczeniodawcy o zmniejszenie kwoty zobowiązania w zakresie geriatry z przesunięciem na rzecz innych zakresów, a także przesunięcie świadczeń w zakresie geriatry na rzecz świadczeń w zakresie geriatry – świadczenia pierwszorazowe w ramach procesu bilansowania umów w AOS.

(akta kontroli str. 996-1004, 1108-1123)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

W wyniku badania pięciu ofert stwierdzono, że w odniesieniu do jednej z nich⁷⁸ komisja konkursowa, w sytuacji stwierdzenia wskazanych niżej rozbieżności pomiędzy danymi zawartymi w ofercie (w części VIII formularza ofertowego pt. „Ankiety”), a stanem rzeczywistym, dokonała zmiany w odpowiedziach udzielonych przez oferenta na pytania ankietowe⁷⁹, nie odrzucając przy tym oferty jako zawierającej nieprawdziwe informacje. Stwierdzono w szczególności, że w toku postępowania komisja konkursowa dokonała zmiany odpowiedzi na pytanie ankietowe nr 1.6.1.2 „Brak ważnej pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95 d ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach – dotyczy podmiotu leczniczego lub jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego utworzonych po dniu 29 czerwca 2016 r. lub inwestycji wszczętej po tym dniu, przy pomocy których mają być udzielane świadczenia opieki zdrowotnej objęte przedmiotem postępowania” z „Nie dotyczy” na „Tak”, co skutkowało odjęciem 8 punktów i wybraniem oferty złożonej przez drugiego oferenta. Zmiany dokonano po uzyskaniu wyjaśnień oferenta, z których wynikało, że oferent po zinterpretowaniu treści wymienionego art. 95 d ust. 1 pkt ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej nie widział konieczności uzyskania opinii wojewody o celowości inwestycji⁸⁰.

Stosownie do art. 149 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej odrzuca się ofertę zawierającą nieprawdziwe informacje. Odpowiedzi na pytania ankietowe, stosownie do § 2 pkt 3 *zarządzenia nr 18/2017/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*⁸¹, stanowią część oferty składanej przez oferentów (część VIII formularza ofertowego pt. „Ankiety”), a po upływie terminu

⁷⁸ Oferta złożona w postępowaniu konkursowym nr 351.

⁷⁹ Komisja wprowadziła zmiany w odpowiedziach ankietowych w wyniku dokonanych przez komisję czynności w zakresie weryfikacji udzielonych odpowiedzi ankietowych, informując o dokonaniu zmiany oferenta.

⁸⁰ Oddział Geriatryczny utworzono w miejsce zlikwidowanego Oddziału Okulistycznego.

⁸¹ Dalej: zarządzenie ws. warunków postępowania dot. zawierania umów.

Wg § 2 pkt 3 ww. zarządzenia: formularz ofertowy to pisemna, zunifikowana część oferty zawierająca ofertę rzeczową i cenową wraz z opisem proponowanego potencjału wykonawczego oferenta i odpowiedziami na pytania ankietowe.

składania ofert oferta jest wiążąca dla oferenta i komisji konkursowej, do czasu rozstrzygnięcia postępowania⁸².

Odnośnie dokonania zmiany odpowiedzi w części VIII Ankiety do formularza ofertowego, Dyrektor Oddziału powołując się na § 17 ust. 1 i 2 rozporządzenia w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wyjaśnił, że przepis ten: „...daje podstawę do dokonywania zmian w pytaniach ankietowych pozwalających na odzwierciedlenie uzyskanych od oferenta w toku postępowania wyjaśnień. W przeciwnym razie przeprowadzenie postępowania wyjaśniającego nie miałyby na etapie postępowania żadnego znaczenia.” Podkreślił również, że: „... skoro ustawodawca na przesłankę określoną w art. 149 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach wskazał *expressis verbis* na "nieprawdziwe informacje" to podstawą działania w tym przypadku jest ujawnienie, czy stwierdzenie, że dane podane w ofercie są niezgodne z prawdą. Innymi słowy, w przypadku stwierdzenia przez komisję, niepełności czy niedokładności w ofercie to będzie to podstawą nie do odrzucenia jej jako nieprawdziwej, a podstawą do wezwania oferenta do usunięcia tych braków w wyznaczonym terminie pod rygorem odrzucenia oferty, stosownie do art. 149 ust. 3 ustawy (TAK: Wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 9 marca 2017 r. II GSK 1751/15). Nie będzie nieprawdziwa, w rozumieniu tego przepisu, informacja, która wprawdzie nie do końca będzie zgodna z rzeczywistym stanem rzeczy, ale będzie wynikiem pomyłek. Stwierdzone błędy formalne, będące w istocie wynikiem niewłaściwego wypełnienia określonych rubryk w formularzu ofertowym nie stanowią wystarczającej przesłanki uzasadniającej odrzucenie oferty. Pomyłki nie koniecznie muszą być oczywistymi pomyłkami, mogą należeć również do kategorii błędów istotniejszych, jednak z okoliczności faktycznych sprawy będzie wynikało, że informacja podana w ofercie nie będzie informacją nieprawdziwą.”

Dyrektor Oddziału wyjaśnił również, że omawiana oferta nie została odrzucona na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, gdyż: „...Komisja Konkursowa miała na uwadze Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Poznaniu z dnia 5 lutego 2015 r. IV SA/Po 1084/14, w którym odnosząc się do wykładni literalnej przywołanego artykułu stwierdzono, że wprawdzie ustawodawca nie wyjaśnił, co należy rozumieć przez pojęcie, "nieprawdziwe informacje", do którego odwołuje się ustawodawca w tym przepisie, jednakże przez owe podanie nieprawdziwych informacji uznane winno być takie działanie świadczeniodawcy, który aby uzyskać pozytywne dla siebie rozstrzygnięcie podaje informacje, które nie znajdują odzwierciedlenia w rzeczywistości. W wyroku tym podano, że "nieprawdziwość" musi dotyczyć okoliczności, które wpływają w jakikolwiek sposób na wynik postępowania, w tym takich, które mogą świadczyć o nieprawidłowym w przyszłości wykonaniu umowy. Zatem nie każda nieprawdziwa informacja stanowi podstawę do odrzucenia oferty. Ponadto, mając na względzie treść art. 134 ust. 1 ustawy, zgodnie z którym Fundusz jest zobowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji, Komisja Konkursowa przyjęła jednolity sposób postępowania wobec oferentów, zarówno w przypadku stwierdzenia jakichkolwiek rozbieżności pomiędzy danymi przedstawionymi w złożonych ofertach, a udzielonymi przez oferentów odpowiedziami na pytania ankietowe, jak i w odniesieniu do składanych

⁸² Wg § 18 ust. 4 *zarządzenia ws. warunków postępowania dot. zawierania umów*: Po upływie terminu składania ofert, oferent jest związany ofertą do czasu rozstrzygnięcia postępowania.

w tym względzie wyjaśnień. Komisja Konkursowa wzywała zatem oferentów do wyjaśnienia stwierdzonych rozbieżności, zarówno w sprawie warunków wymaganych, jak i dodatkowo ocenianych. W sytuacji, gdy treść przesłanych przez oferentów wyjaśnień nie potwierdzała prawidłowości udzielonych odpowiedzi na pytania ankietowe (dodatkowo punktowane), Komisja Konkursowa dokonywała zmiany odpowiedzi w systemie wspomagającym postępowanie konkursowe. Wskazane zmiany miały charakter techniczny i były niezbędne dla przypisania ofertom prawidłowej liczby punktów za udzieloną odpowiedź ankietową. Każdorazowo o podjętej w przedmiotowej sprawie decyzji, Komisja Konkursowa informowała oferentów pisemnie. Podkreślić należy, że przyjęty przez Komisję Konkursową sposób postępowania uwzględniał obowiązujące w tym względzie przepisy prawne, jak również był podyktowany zdobytą wiedzą, praktyką oraz wieloletnim doświadczeniem, uzyskanymi w ramach prowadzonych przez Śląski OW NFZ postępowań w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert, z których wynika, że rozbieżności pomiędzy danymi przedstawionymi w złożonych ofertach, a udzielonymi przez oferentów odpowiedziami na pytania ankietowe, stanowią zwykle efekt nieprecyzyjnych zapisów, których konsekwencją są różnice interpretacyjne obowiązującego prawa. W przedstawionej sytuacji trudno podejrzewać oraz jednoznacznie ustalić i dowieść, że intencją oferenta było celowe podanie informacji nieprawdziwych, o których mowa w art. 149 ust. 1 pkt 2 ustawy. Natomiast w przypadku nieustalenia powyższego, każda taka niezgodność musiałaby być traktowana przez Komisję Konkursową jako informacja nieprawdziwa, co skutkowałoby wieloma nieuzasadnionymi zawiadomieniami o możliwości popełnienia wykroczenia w oparciu o treść art. 193 ustawy, a sama Komisja Konkursowa byłaby ponadto narażona na zarzut naruszenia art. 134 ust. 1 ustawy.”

(akta kontroli str. 298-312, 328-335, 346-350, 390-406, 551-612-646, 1072-1078)

Przytoczony przez Dyrektora § 17 ust 1 i 2 rozporządzenia w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie wskazuje na możliwość dokonywania przez komisję konkursową zmian w ofercie. Dopuszcza natomiast żądanie od oferenta złożenia wyjaśnień dotyczących oferty lub przeprowadzenie przez komisję weryfikacji oferenta w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie, w szczególności przez oględziny pomieszczeń i urządzeń zakładu leczniczego. Jednak w ocenie NIK, dane zawarte w formularzu ofertowym powinny pozostawać w zgodności ze stanem faktycznym i prawnym, a na profesjonalnym podmiocie składającym ofertę spoczywa obowiązek sprawdzenia danych zawartych w formularzu ofertowym pod kątem zgodności ze stanem faktycznym i prawnym⁸³. Zauważenia wymaga także fakt, że ogłoszenia o konkursie zawierały wskazanie aktów prawnych obowiązujących w postępowaniu, a oferenci składali w ofercie oświadczenie, że dane przedstawione w ofercie są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Po upływie terminu składania ofert złożona oferta jest wiążąca, co oznacza związanie zamieszczonymi w niej oświadczeniami woli i wiedzy.

OCENA CZĄSTKOWA

W ocenie NIK, planowanie i kontraktowanie świadczeń było prawidłowe. Plany zakupu świadczeń sporządzono z uwzględnieniem priorytetów ogólnopolskich i regionalnych, założeń przyjętych przy konstrukcji planu, przeprowadzonych analiz zapotrzebowania na świadczenia geriatryczne i aktualnych danych. Obszarem kontraktowania świadczeń w zakresie geriatryki obejmowano teren całego

⁸³ Zob. wyrok NSA z 5 grudnia 2018 r. (II GSK 1552/18).

województwa śląskiego, przy czym w powiatach, w których nie zakontraktowano świadczeń, dostęp do nich zabezpieczono w sąsiednich powiatach województwa. Rzetelnie przygotowywano postępowania w sprawie zawarcia umów i prawidłowo je przeprowadzano, z wyjątkiem jednego, w którym badanej oferty nie odrzucono na podstawie art. 149 ust.1 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, pomimo, że zawierała nieprawdziwe informacje. W badanym przypadku, komisja konkursowa wprowadziła zmiany w odpowiedziach ankietowych udzielonych przez oferenta, nie odrzucając oferty. Prawidłowo aneksowano umowy wieloletnie.

OBSZAR

Opis stanu faktycznego

2. Realizacja świadczeń z zakresu geriatry

1. Rozliczanie i monitorowanie przez ŚOW NFZ realizacji umów o udzielanie świadczeń dotyczących geriatry

Rozliczanie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych następowało przy uwzględnieniu zapisów rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów, wytycznych Prezesa NFZ⁸⁴ oraz wewnętrznych regulacji. Szczegółowe zasady związane z zawieraniem ugód pozasądowych do zawartych umów wraz z wykazem świadczeń, które z uwagi na swój charakter i koszty powinny zostać sfinansowane, opracowywał zespół roboczy, powoływany corocznie przez Dyrektora Oddziału⁸⁵. Końcowe rozliczanie umów następowało w oparciu o zasady zatwierdzone przez Dyrektora Oddziału.

(akta kontroli str. 846-947)

W latach 2017-2020, nadwykonania⁸⁶ świadczeń zdrowotnych w zakresie geriatry wyniosły łącznie 3.454.808,50 zł.

Udział kwot zapłaconych za nadwykonania w kwotach wydatkowanych na świadczenia geriatryczne, w poszczególnych latach⁸⁷ przedstawiał się następująco:

- w 2017 r. wydatkowano 22.344.174,81 zł, w tym z tytułu nadwykonań 2.254.290,74 zł (10,1%). Kwoty wydatkowane na świadczenia geriatryczne w AOS stanowiły 785.433,34 zł, w tym nadwykonania 5.730,06 zł (0,7%), a w LSZ 21.558.741,47 zł, w tym nadwykonania 2.248.560,68 zł (10,4%),

- w 2018 r. wydatkowano 4.522.177,36 zł, w tym z tytułu nadwykonań 720.877,64 zł (15,9%). Kwoty wydatkowane na świadczenia geriatryczne w AOS stanowiły 621.749,32 zł, w tym nadwykonania 16.199,64 zł (2,6%), a w LSZ 3.900.428,04 zł, w tym nadwykonania 704.678 zł (18,1%),

- w 2019 r. wydatkowano 4.780.328,01 zł, w tym z tytułu nadwykonań 471.085,38 zł (9,9%). Kwoty wydatkowane na świadczenia geriatryczne w AOS stanowiły 618.033,25 zł, w tym nadwykonania 24.703,38 zł (4%), a w LSZ 4.162.294,76 zł, w tym nadwykonania 446.382 zł (10,7%),

- w 2020 r. wydatkowano 3.527.358,93 zł, w tym z tytułu nadwykonań 8.554,74 zł (0,2%). Kwoty wydatkowane na świadczenia geriatryczne w AOS stanowiły

⁸⁴ Wytyczne Prezesa NFZ zawarte w pismach z: 21 stycznia 2013 r. nr NFZ/CF/DEF/2013/W/01498/BE, 18 grudnia 2013 r. nr NFZ/CF/DEF/2013/077/0348/W/34525/DAJ, 22 stycznia 2019 r. nr DEF.4300.2.1.2019.3505.DAJ, 22 stycznia 2020 r. nr DEF-WSiKF.4300.2.1.2020.9637.DAJ, 3 lutego 2020 r. nr DEF-WSiKF.4300.2.1.2020.15379.BE, 4 lutego 2021 r. nr DEF-WSiKF.4300.2.1.2021.32003.BE.

⁸⁵ Zarządzenia wewnętrzne Dyrektora Oddziału w sprawie powołania zespołu roboczego ds. procedowania ugód pozasądowych do umów o udzielanie szoz nr: 22/2018 z 22 stycznia 2018 r., 13/2019 z 21 stycznia 2019 r., 6/2020 z 16 stycznia 2020 r., 14/2021 z 26 stycznia 2021 r.

⁸⁶ Świadczenia zdrowotne wykonane ponad ustalone limity.

⁸⁷ Część świadczeń rozliczano w ramach ryczałtu PSZ – ich wartość wynosiła 0 zł.

485.954,77 zł, w tym nadwykonania 8.554,74 zł (1,8%), a w LSZ 3.041.404,16 zł, w tym nadwykonania 0 zł,

(akta kontroli str. 183-185)

Odnosnie wysokiego poziomu nadwykonań, p.o. Dyrektora Oddziału wyjaśniła, że plan zakupu świadczeń Oddziału jest sporządzany na podstawie wytycznych przekazanych przez Centralę NFZ, tj. w obrębie posiadanych środków finansowych.

(akta kontroli str. 1061-1062)

Podstawą finansowania świadczeń zdrowotnych wykonanych ponad limity były aneksy i ugody pozasądowe, uwzględniające zapisy OWU⁸⁸ oraz ugody sądowe. W celu rozliczenia nadwykonanych świadczeń, po zakończeniu roku, Dyrektor Oddziału powoływał zespół roboczy ds. procedowania i zatwierdzał szczegółowe zasady rozliczania świadczeń ponadlimitowych w poszczególnych rodzajach świadczeń. Nadwykonania umów realizowanych w zakresie geriatry finansowano zgodnie z przyjętym regulacjami. W 2017 r. ponadlimitowe świadczenia zdrowotne w AOS rozliczono w 100% w zakresie geriatry – świadczenia pierwszorazowe i w 50 % w zakresie geriatry, a w LSZ w 50% w zakresie geriatry-hospitalizacja, co było zgodne ze wskaźnikami finansowania określonymi przez Centralę NFZ. W latach 2018-2020 sfinansowano świadczenia ponadlimitowe w zakresie geriatry zarówno w AOS, jak i w LSZ w 100%.

(akta kontroli str. 861-948)

Wartość niewykonanych świadczeń zdrowotnych w zakresie geriatry⁸⁹ wyniosła w latach 2017-2020⁹⁰ w AOS 277.721,08 zł, tj. odpowiednio 50.546,44 zł, 48.816,92 zł, 28.635,18 zł, 149.722,54 zł, a w LSZ w 2020 r.⁹¹ 969.149 zł.

(akta kontroli str. 178-180)

Jako główne przyczyny niewykonania świadczeń w zakresie geriatry, P.o. Dyrektora Oddziału wskazała: niską zgłaszalność pacjentów do poradni geriatrycznych, ograniczony potencjał wykonawczy poradni geriatrycznych niepozwalający na pełną realizację kontraktu, a także obostrzenia sanitarne związane z epidemią COVID-19, w tym ograniczenie lub czasowe zawieszenie udzielania świadczeń wykonywanych planowo.

(akta kontroli str. 1050-1052)

Na podstawie zarządzeń wewnętrznych Dyrektora⁹², po każdym półroczu pracownicy Oddziału dokonywali przeglądu baz danych⁹³, m.in. w AOS i LSZ

⁸⁸ Ogólne warunki umów wynikające z rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów.

⁸⁹ Wartości przed podpisaniem ugód końcoworocznych.

⁹⁰ Niewykonania w latach 2017-2019 stanowiły ustalone dla poszczególnych zakresów świadczeń zdrowotnych dodatnie różnice pomiędzy kwotą zobowiązania umownego za okres od 1 stycznia do końca okresu sprawozdawczego, wynikającą z zawartych kontraktów, a wartością wykonanych przez świadczeniodawców świadczeń zdrowotnych za okres od 1 stycznia do końca okresu sprawozdawczego. Niewykonania w 2020 r. stanowiły ustalone dla poszczególnych zakresów świadczeń zdrowotnych dodatnie różnice pomiędzy kwotą zobowiązania umownego za okres od 1 stycznia do końca okresu sprawozdawczego, wynikającą z zawartych kontraktów, a wartością zatwierdzonych do rozliczenia (zapłaty, kompensaty) rachunków za świadczenia zdrowotne od 1 stycznia do końca okresu sprawozdawczego.

⁹¹ Niewykonania w 2020 r. stanowiły ustalone dla poszczególnych zakresów świadczeń zdrowotnych dodatnie różnice pomiędzy kwotą zobowiązania umownego za okres od 1 stycznia do końca okresu sprawozdawczego, wynikającą z zawartych kontraktów, a wartością zatwierdzonych do rozliczenia (zapłaty, kompensaty) rachunków za świadczenia zdrowotne od 1 stycznia do końca okresu sprawozdawczego.

⁹² Zarządzenia wewnętrzne Dyrektora Oddziału nr: 309/2014 z 5 sierpnia 2014 r., 211/2018 z 19 czerwca 2018 r. i 360/2019 z 29 listopada 2019 r. dotyczące monitorowania realizacji przez świadczeniodawców obowiązku powiadamiania o przerwie w udzielaniu świadczeń.

i stwierdzili jeden przypadek braku realizacji świadczeń w zakresie geriatry. Miało to miejsce w 2020 r. i dotyczyło świadczeniodawcy, u którego w związku ze stanem pandemii, przekształcono Oddział Geriatrii w oddział izolacyjny dla pacjentów z infekcją COVID-19 na okres od 13 marca do 1 lipca 2021 r.

(akta kontroli str. 178-180)

Na podstawie trzech umów objętych badaniem⁹⁴ stwierdzono że:

- w ramach monitorowania poziomu wykonania umów w trakcie roku, pracownicy Oddziału przeprowadzali okresowe analizy realizacji świadczeń, co potwierdzali notatkami służbowymi⁹⁵. I tak, w przypadku pierwszego świadczeniodawcy, zmniejszono wartość umowy, z tytułu realizacji świadczeń w zakresie geriatry w okresie od 1 stycznia do 31 sierpnia 2017 r. o 5.676,40 zł, przy jednoczesnym zwiększeniu finansowania innych zakresów, w tym m.in. zakresu geriatry – świadczenia pierwszorazowe, w przypadku drugiego świadczeniodawcy, zmniejszono wartość umowy za okres styczeń-sierpień 2019 r., w zakresach geriatry i geriatry – świadczenia pierwszorazowe o 17.758,20 zł na rzecz zwiększenia finansowania innych pozycji w planie rzeczowo-finansowym, w przypadku trzeciego świadczeniodawcy, środki dotyczące niedow wykonania umowy za okres styczeń-lipiec 2020 r., w zakresie geriatry-hospitalizacja w kwocie 741.863 zł (wskutek pandemii koronawirusa) przeznaczono na sfinansowanie świadczeń z zakresu anestezjologia i intensywne terapia – hospitalizacja, w ramach którego wystąpiły nadwykonania⁹⁶, a także na wniosek świadczeniodawcy zmniejszono wartość świadczeń w zakresie geriatry-hospitalizacja o 1.935 zł⁹⁷.

(akta kontroli str., 186-189, 949-978, 1079-1080, 1108-1111)

- Oddział na bieżąco prowadził walidacje i weryfikacje danych otrzymywanych od świadczeniodawców drogą elektroniczną. Walidacje uruchamiano automatycznie w momencie przesyłania danych do systemu informatycznego Oddziału, a weryfikacji dokonywano dwa razy na dobę. Świadczenia oznaczone w wyniku weryfikacji jako „błąd” nie mogły być naliczone. Po każdym kwartale uruchamiano również weryfikacje wsteczne, po zakończeniu których publikowano wykaz błędów na Portalu świadczeniodawcy.

W przypadku wystąpienia błędu w pozycji rozliczeniowej niezapłaconej – nie ujmowano jej w szablonie rozliczeniowym, a w pozycji zapłaconej – system informatyczny generował szablon korygujący.

Świadczenia w zakresie geriatry objęte były procesem weryfikacji CRW⁹⁸, który uwzględniał wszystkie świadczenia sprawozdane do systemu informatycznego – zarówno zapłacone, jak i niezapłacone.

⁹³ Nie dotyczyło to świadczeniodawców realizujących świadczenia w ramach PSZ – ryczałt.

⁹⁴ Aneks nr 4/02/1/2017 z 3 lipca 2017 r. do umowy nr 123/200436/02/1/2017, aneks nr 1/02/1/2019 z 7 stycznia 2019 r. do umowy nr 126/207813/02/1/2018, aneks nr 1/03/8/2019 z 15 stycznia 2019 r. do umowy nr 121/100559/03/8/2018.

⁹⁵ Notatka służbowa znak: WSOZ-III.600.32.2017 WSOZ-III.C.1560.AS.2017 z 22 września 2017 r. dot. kontroli realizacji świadczeń w okresie styczeń-sierpień 2017 r., notatka służbowa znak: WSOZ-III.600.11.2019 WSOZ-III.C.1705.AS.2019 z 20 września 2019 r. dot. kontroli realizacji świadczeń w okresie styczeń – sierpień 2019 r., notatka służbowa znak: WSOZ-I.425.1.92.2020 WSOZ-I.C.1.129665.IC.2020 z 2 września 2020 r. dot. kontroli realizacji świadczeń za okres styczeń-lipiec 2020 r.

⁹⁶ Notatka służbowa znak: WSOZ-I.425.1.92.2020 WSOZ-I.C.1.129665.IC.2020 z 2 września 2020 r. dot. kontroli realizacji świadczeń za okres styczeń-lipiec 2020 r. u jednego świadczeniodawcy.

⁹⁷ Notatka służbowa znak: WSOZ-I.425.1.66.2020 WSOZ-I.C.1.72720.IC.2020 z 21 maja 2020 r.

⁹⁸ Centralne Reguły Weryfikacyjne.

W badanej próbie trzech świadczeniodawców, w latach 2017-2021⁹⁹ wystąpiło siedem raportów z błędami weryfikacyjnymi dotyczącymi - w przypadku dwóch poradni geriatrycznych głównie na wykazaniu świadczeń, które nie uprawniały do wpisania uprawnienia dodatkowego i braku przesłanek uzasadniających przyjęcie bez skierowania, a w przypadku oddziału szpitalnego wykazania w trakcie hospitalizacji porady lekarza POZ i wykonania w czasie hospitalizacji świadczenia ambulatoryjnego u innego świadczeniodawcy.

(akta kontroli str. 189-190, 193-199)

Oddział weryfikował wywiązywanie się przez świadczeniodawcę realizującego świadczenia w zakresie geriatryka-hospitalizacja, z obowiązku zapewnienia „osoby prowadzącej fizjoterapię” – równoważnik co najmniej 1 etatu oraz psychologa – równoważnik co najmniej 0,5 etatu¹⁰⁰, w sytuacji zgłaszania przez świadczeniodawców zmian personelu medycznego. Sprawdzenie czy świadczeniodawca realizował świadczenia kompleksowo było możliwe jedynie w trakcie kontroli dokumentacji medycznej.

(akta kontroli str. 190-191)

2. Sprawowanie kontroli nad realizacją umów

W latach 2017-2019, plan kontroli niekoordynowanych¹⁰¹ Oddziału (w tym kontroli wykonania umów o świadczenia opieki geriatrycznej), powstawał na podstawie zarządzeń Prezesa NFZ¹⁰² i wytycznych Centrali NFZ. Dyrektor Oddziału powoływał zespół ds. tworzenia planu kontroli na dany rok, który biorąc pod uwagę składane skargi, przedstawiane analizy i zgłoszenia poszczególnych komórek organizacyjnych Oddziału, sporządzał plan kontroli na dany rok.

Z wyjaśnień zastępcy Dyrektora ds. ekonomiczno-finansowych Oddziału wynikało, że z powodu braku zgłoszeń, w planach kontroli nie znalazły się żadne kontrole dotyczące zakresu geriatryki.

Z dniem 1 czerwca 2019 r., w związku z nowelizacją ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, wydział kontroli został wydzielony ze struktury Oddziału i podporządkowany bezpośrednio Prezesowi NFZ poprzez włączenie do Departamentu Kontroli Centrali NFZ.

(akta kontroli str. 703-704)

W latach 2017-2021, u trzech świadczeniodawców przeprowadzono pięć kontroli doraźnych¹⁰³ dotyczących umów o wartości w zakresach opieki geriatrycznej wynoszącej 14.565.668,54 zł, co stanowiło 27,1% wartości wszystkich umów w tych zakresach¹⁰⁴.

Przyczynami wszczęcia tych kontroli były m.in.: informacje o braku możliwości właściwego leczenia i hospitalizacji pacjentów i zapewnienia im odpowiednich

⁹⁹ Według stanu na dzień 21 czerwca 2021 r.

¹⁰⁰ Świadczeniodawcy realizujący umowy AOS nie mają obowiązku zabezpieczenia w ramach kompleksowości udzielanych porad, dostępu do świadczeń fizjoterapeuty czy psychologa.

¹⁰¹ Zwany dalej: „planem kontroli”.

¹⁰² Zarządzenia Prezesa NFZ: nr 45/2016/DK z 15 czerwca 2016 r. w sprawie planowania, przygotowywania oraz realizacji wyników kontroli przez NFZ oraz nr 128/2017/DK z 21 grudnia 2017 r. w sprawie kontroli prowadzonych przez NFZ.

¹⁰³ W tym czynności kontrolne dot. jednej z pięciu kontroli, przeprowadzono w 2016 r., a wystąpienie pokontrolne sporządzono 3 stycznia 2017 r.

¹⁰⁴ Wartość wszystkich umów w zakresach świadczeń opieki geriatrycznej wynosiła 53.722.792,25 zł – wg stanu na dzień 6 lipca 2021 r., bez uwzględnienia zakresów objętych ryczałtem PSZ.

warunków bytowych, konieczność sprawdzenia realizacji zaleceń pokontrolnych i zgłoszenie o zaprzestaniu działalności¹⁰⁵, anonimowe informacje o możliwych nieprawidłowościach wynikających z podpisania przez świadczeniodawcę umowy z podwykonawcą¹⁰⁶, a także bardzo wysokie (w porównaniu z innymi świadczeniodawcami) liczby porad udzielanych w miejscu pobytu świadczeniobiorcy¹⁰⁷.

(akta kontroli str. 705-708)

W przypadku pierwszej z trzech kontroli przeprowadzonych u świadczeniodawcy X¹⁰⁸, sprawdzono m. in. realizację umowy o udzielanie śóz¹⁰⁹ w zakresie organizacji udzielania świadczeń, warunków lokalowo-technicznych, kwalifikacji i zatrudnienia personelu oraz wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, w odniesieniu do kilkunastu zakresów LSZ, w tym m. in. geriatryczna-hospitalizacja. Stwierdzono szereg nieprawidłowości, które w odniesieniu do geriatryki dotyczyły m. in.: nieprawidłowego prowadzenia dokumentacji medycznej, nieprzyjmowania pacjentów i niezapewnienia im opieki lekarskiej¹¹⁰, braku okazania zgłoszonego wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, a także punktu pielęgniarskiego z pokojem pielęgniarskim. Na świadczeniodawcę nałożono karę umowną w kwocie 1.112.130,35 zł, z czego 35.622 zł dotyczyło geriatryki. Karę uiszczono w całości¹¹¹.

(akta kontroli str. 711-717, 817-845, 1052-1053, 1056)

W przypadku drugiej kontroli przeprowadzonej u świadczeniodawcy X¹¹² sprawdzono m.in. wykonanie zaleceń pokontrolnych z poprzedniej, omówionej wcześniej kontroli i stwierdzono, że w zakresie świadczeń geriatrycznych świadczeniodawca nie zrealizował m.in. zaleceń dotyczących dostosowania pomieszczeń oddziału do warunków zadeklarowanych i zaktualizowania danych o potencjale wykonawczym. Na świadczeniodawcę nałożono karę w kwocie łącznej 571.566,41 zł, z czego 13.399,50 zł dotyczyło geriatryki. Karę uiszczono w całości¹¹³. Ponadto, ze względu na długotrwały, utrzymujący się stan udzielania śóz w nieodpowiednich warunkach technicznych, naruszających przepisy przeciwpożarowe, w tym powodujących zagrożenie dla życia i zdrowia ludzi, rozwiązano umowę ze skutkiem na dzień 30 czerwca 2018 r.

(akta kontroli str. 709-711, 754-799, 1052-1053, 1056)

W przypadku trzeciej kontroli przeprowadzonej u świadczeniodawcy X¹¹⁴, wynikającej ze zgłoszenia przez niego zaprzestania działalności, sprawdzono realizację umowy o udzielanie śóz w systemie PSZ¹¹⁵, m.in. w zakresie świadczeń geriatrycznych i stwierdzono m.in., że pacjentom zapewniono właściwą opiekę lekarską i pielęgniarską. Biorąc pod uwagę m.in. fakt rozwiązania umowy o udzielanie śóz z dniem 30 czerwca 2018 r., Oddział NFZ odstąpił od wydania zaleceń pokontrolnych w odniesieniu do nieokazania Oddziału Geriatrycznego

¹⁰⁵ Świadczeniodawca „X”.

¹⁰⁶ Świadczeniodawca „Y”.

¹⁰⁷ Świadczeniodawca „Z”.

¹⁰⁸ W 2016 r., wystąpienie pokontrolne z 3 stycznia 2017 r.

¹⁰⁹ Umowa nr 121/212358/03/1/2016 z 12 stycznia 2016 r.

¹¹⁰ W okresie od 9 lipca do 5 sierpnia 2016 r.

¹¹¹ W kwietniu 2017 r.

¹¹² W 2017 r.

¹¹³ W czerwcu i lipcu 2018 r.

¹¹⁴ W 2018 r.

¹¹⁵ Umowa nr 121/212358/03/8/2018 z 17 stycznia 2018 r.

w trakcie oględzin - przyjęto wyjaśnienie świadczeniodawcy, iż pacjenci geriatryczni znajdowali się wyłącznie na Oddziale Wewnętrznym.

(akta kontroli str. 709, 743-747)

W przypadku czwartej z pięciu kontroli¹¹⁶, sprawdzono m.in. zapewnienie całodobowego dostępu do badań tomografii komputerowej, radiologicznych i ultrasonograficznych i wskutek stwierdzonych braków nałożono na świadczeniodawcę karę umowną w kwocie 20.965,50 zł, która nie dotyczyła geriatry. Kwotę uiszczono w całości¹¹⁷.

(akta kontroli str. 711, 805-810, 1052-1053, 1056)

W przypadku ostatniej z pięciu kontroli¹¹⁸, sprawdzono prawidłowość kwalifikowania i rozliczania świadczeń w zakresie geriatry¹¹⁹, a także sposób prowadzenia: dokumentacji medycznej indywidualnej i listy oczekujących na udzielenie świadczenia za 2019 r. i nie stwierdzono nieprawidłowości.

Działania podejmowane przez Oddział w wyniku kontroli były zgodne z obowiązującymi regulacjami, adekwatne do stwierdzonych nieprawidłowości i jednakowe wobec wszystkich skontrolowanych świadczeniodawców.

(akta kontroli str. 720-731)

3. Rozpatrywanie skarg dotyczących świadczeń geriatrycznych

W okresie objętym kontrolą, wpłynęła jedna skarga¹²⁰ dotycząca m.in. świadczeń geriatrycznych, która w tym zakresie nie była rozpatrywana przez Oddział, gdyż w części dotyczącej zastrzeżeń diagnostyczno-leczniczych została przekazana do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej przy Okręgowej Izbie Lekarskiej w Częstochowie¹²¹, a odnośnie nieprzestrzegania praw pacjenta do Rzecznika Praw Pacjenta w Warszawie¹²².

(akta kontroli str. 191, 979-993)

4. Podejmowanie przez ŚOW NFZ działań mających na celu zwiększenie poziomu kontraktowania świadczeń geriatrycznych w latach następnych w przypadku wystąpienia nadwykonań w tych świadczeniach

W AOS, w tym m. in. w zakresie świadczeń geriatrycznych, w latach 2017-2020, Oddział okresowo analizował poziom realizacji świadczeń i porównywał go z planami rzeczowo-finansowymi poszczególnych umów, po czym dokonywał przesunięć środków finansowych z zakresów gdzie wykonanie było niższe od planu umowy na rzecz zakresów z odnotowanymi nadwykonaniami. Analizy te w formie zbiorczych notatek służbowych stanowiły podstawę do wprowadzenia zmian w warunkach finansowych umów w drodze aneksów do umów.

W przypadku LSZ, 10 z 12 świadczeniodawców, realizowało umowy w ramach systemu PSZ i rozliczało świadczenia geriatryczne w formie ryczałtu PSZ,

¹¹⁶ Kontrola u świadczeniodawcy Y przeprowadzona w 2017 r. i dotycząca realizacji umowy nr 124/100582/03/1/2017 z 5 stycznia 2017 r. oraz nr 124/100582/03/1/2016 z 12 stycznia 2016 r.

¹¹⁷ W kwietniu 2017 r.

¹¹⁸ Kontrola u świadczeniodawcy Z przeprowadzona w 2021 r.

¹¹⁹ Kod zakresu: 02.1060.001.02 w ramach świadczeń o kodzie: 5.30.00.0000031 W31 porada udzielana w miejscu pobytu świadczeniobiorcy.

¹²⁰ Wpływ do Oddziału 10 sierpnia 2020 r.

¹²¹ Pismem z 14 sierpnia 2020 r., znak: WSS-II.5111.409.2020, WSS-II.W.115738.MZ.2020.

¹²² Pismem z 14 sierpnia 2020 r., znak: WSS-II.5111.409.2020, WSS-II.W.115747.MZ.2020.

w związku z czym, jak wyjaśnił Dyrektor Oddziału, w tych przypadkach nie było możliwe zwiększenie finansowania umów w trybie renegotjacji warunków umów. W odniesieniu do dwóch pozostałych świadczeniodawców, Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że: „...dysponują wystarczającym potencjałem do zrealizowania większej niż ustalona w umowie liczba świadczeń. Dlatego nie podejmowano działań związanych ze zwiększeniem liczby realizatorów szoz w zakresie geriatry. Oddział w przypadku świadczeniodawców realizujących świadczenia poza PSZ w miarę posiadanych środków finansowych finansował wypracowane świadczenia ponad limit zawarty w umowie”. Nadmieniał również, że większość świadczeń z zakresu geriatrya-hospitalizacja można realizować w ramach zakresu choroby wewnętrzne-hospitalizacja, tj. w ramach umów zawartych w systemie PSZ.

(akta kontroli str. 180-185)

5. Diagnozowanie barier w rozwoju geriatryi na terenie województwa

Z wyjaśnień Dyrektora Oddziału wynika, że do najistotniejszych problemów i barier dotyczących medycznej opieki geriatrycznej w województwie śląskim, należą braki kadrowe personelu medycznego, a także struktura wiekowa lekarzy specjalistów będących często w wieku przedemerytalnym, co może skutkować w przyszłości tzw. luką pokoleniową. Konsultant z dziedziny geriatryi postulował wprowadzenie przedmiotu „geriatrya” do obowiązkowego programu kształcenia studentów medycyny oraz obowiązkowe kształcenie podyplomowe z zakresu geriatryi lekarzy rodzinnych.

W reakcji na stwierdzone problemy, świadczeniom z dziedziny geriatryi nadano status regionalnego priorytetu zdrowotnego.

(akta kontroli str. 157-158, 192)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

W ocenie NIK, prawidłowo rozliczano umowy o udzielanie świadczeń, tj. uwzględniając obowiązujące przepisy, wytyczne Prezesa NFZ oraz wewnętrzne regulacje. Prawidłowo monitorowano również stopień realizacji umów przez świadczeniodawców. Rzetelnie przeprowadzano kontrolę realizacji umów, podejmując właściwe działania wynikające z obowiązujących regulacji. Finansowanie nadwykonań odbywało się zgodnie z przyjętymi zasadami, w obrębie posiadanych środków finansowych.

IV. Uwagi

W związku ze stwierdzoną nieprawidłowością, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, przedstawia następującą uwagę:

Uwagi

NIK zwraca uwagę, że w sytuacji oferty zawierającej nieprawdziwe informacje, komisje konkursowe nie powinny dokonywać zmian w odpowiedziach na pytania ankietowe, lecz - stosownie do art. 149 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej – oferta podlega odrzuceniu.

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 Katowicach. 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

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK, należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag 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.

Katowice, dnia 20 września 2021 r.

**Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Katowicach**

Kontroler

Izabela Pilarek

Gł. Specjalista kontroli państwowej

.....