



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Poznaniu

LPO.410.027.01.2021

Agnieszka Pachciarz
Dyrektor Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu
ul. Piekary 14/15
61-823 Poznań

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/21/072 Funkcjonowanie medycznej opieki geriatrycznej

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Poznaniu
ul. Dożynkowa 9H, 61-662 Poznań
T +48 61 655 62 00, F +48 61 655 62 01
lpo@nik.gov.pl

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Narodowy Fundusz Zdrowia Wielkopolski Oddział Wojewódzki w Poznaniu (dalej: Oddział lub WOW)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Agnieszka Pachciarz, Dyrektor od 13 lutego 2017 r. (dalej: Dyrektor Oddziału)
Zakres przedmiotowy kontroli	<ol style="list-style-type: none">1. Organizacja procesu udzielania świadczeń.2. Realizacja świadczeń z zakresu geriatry.
Okres objęty kontrolą	Lata 2017-2021 (do dnia 23 sierpnia 2021r.) 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 ¹
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Poznaniu
Kontrolerzy	<ol style="list-style-type: none">1. Agnieszka Hofman, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LPO/122/2021 z 28 lipca 2021 r.2. Agata Nowak, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr LPO/112/2021 z 23 czerwca 2021 r.

(akta kontroli str. 1-2)

¹ Dz. U. 2020 r., poz. 1200, dalej: ustawa o NIK

OCENA OGÓLNA

II. Ocena ogólna kontrolowanej działalności

Działania WOW NFZ dotyczące zapewnienia należytej i wystarczającej medycznej opieki geriatrycznej w województwie wielkopolskim były prawidłowe. Organizacja procesu udzielania świadczeń w zakresie geriatry oraz sposób realizacji tych świadczeń pozytywnie wpływały na zapewnienie ich dostępności dla pacjentów z terenu województwa wielkopolskiego. Liczba poradni i szpitali z oddziałami geriatrycznymi utrzymywała się na tym samym poziomie od 2018 r., natomiast wzrastała wartość środków przekazanych na realizację ww. świadczeń (poza 2020 r. kiedy to wartość ta nieznacznie zmalała). Wpłynęło to na wzrost liczby realizowanych świadczeń i liczby pacjentów, którym ich udzielono.

Organizacja postępowań o zawarcie umów ze świadczeniodawcami, rozliczanie i monitorowanie realizowania zawartych umów były rzetelne i pozytywnie wpływały na ich realizację i finansowanie na poziomie zapewniającym utrzymanie osiągniętej dostępności świadczeń. NIK wskazuje na to, że Oddział nie ujął w planach i nie prowadził kontroli realizowania umów w zakresie geriatry oraz nie podejmował działań mających na celu likwidację barier w dostępie do lekarzy specjalistów w zakresie geriatry (nie sygnalizował właściwym organom istniejących ograniczeń).

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe² kontrolowanej działalności

OBSZAR

Opis stanu faktycznego

1. Organizacja procesu udzielania świadczeń.

1.1. Dostępność do świadczeń geriatrycznych na terenie Wielkopolski była zapewniona, pomimo nierównomiernego rozłożenia na terenie województwa wielkopolskiego placówek udzielających świadczeń w zakresie geriatry, w rodzaju leczenia szpitalne. W badanym okresie świadczenia takie udzielane były przez dwóch świadczeniodawców, tj. Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Dziekanka” im. Aleksandra Piotrowskiego w Gnieźnie oraz Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Ostrów Wielkopolski. Na koniec 2017 r. i 2018 r. liczba miejsc na oddziałach geriatrycznych wyniosła 45, a na koniec każdego kolejnego roku 41 (spadek o 2%).

W 2017 r. na terenie województwa wielkopolskiego świadczenia w rodzaju AOS³ były realizowane w sześciu poradniach: na terenie powiatu gnieźnieńskiego, poznańskiego oraz jednego miasta na prawach powiatu tj. Poznania. Na terenie ww. powiatów funkcjonowało po jednej poradni geriatrycznej, z wyłączeniem miasta Poznań, w którym świadczenia realizowane były przez cztery poradnie. W latach 2018-2021 świadczenia te realizowało 9 poradni geriatrycznych na terenie: powiatu gnieźnieńskiego, ostrowskiego, poznańskiego, złotowskiego oraz dwóch miast na prawach powiatu tj. Konina i Poznania (przy czym poradnie z powiatu ostrowskiego, złotowskiego i w Koninie działały od 1 września 2018 r.).

Poradnie geriatryczne w województwie wielkopolskim znajdowały się w tzw. subregionach⁴, po jednej w subregionach: kaliskim, konińskim, pilskim oraz sześć w subregionie poznańskim.

(akta kontroli: 20-23, 153-156, 161-165, 198)

² 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.

³ ambulatoryjna opieka specjalistyczna

⁴ Obszar kontraktowania obejmujący grupę powiatów.

Wyjaśniając przyczyny nierównomiernego rozmieszczenia placówek udzielających świadczeń geriatrycznych na terenie województwa Dyrektor WOW podała, że za przyjęciem takiego obszaru kontraktowania przemawiała: ograniczona na terenie województwa wielkopolskiego liczba lekarzy specjalistów w dziedzinie geriatry (analiza regionu pod kątem miejsc realizacji świadczeń przez ww. grupę zawodową wskazywała na wyłącznie sześć powiatów⁵), a także realizacja świadczeń geriatrycznych przez niektórych świadczeniodawców poniżej zakontraktowanej wartości oraz korzystanie przez świadczeniobiorców w wieku 60+ lat i więcej (ze względu na specyfikę schorzeń), odrębnie ze świadczeń poradni specjalistycznych lub poradni lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, jak również brak wniosków podmiotów zgłaszających gotowość do realizacji świadczeń geriatrycznych (poza wnioskiem SP ZOZ w Szamotułach⁶). Ponadto Dyrektor Oddziału wskazała, że ogłaszając postępowania konkursowe Oddział miał na względzie zabezpieczenie świadczeń na terenie każdego z subregionów, które terytorialnie odpowiadają byłym województwom: kaliskiemu, konińskiemu, leszczyńskiemu, pilskiemu i poznańskiemu, w wyniku postępowań nie udało się jednak zabezpieczyć dostępu do świadczeń na terenie subregionu leszczyńskiego z uwagi na brak ofert.

(akta kontroli: 198-201)

W poszczególnych latach objętych kontrolą liczba lekarzy specjalistów⁷ udzielających świadczeń w zakresie geriatry w ramach umów zawartych z Oddziałem wyniosła 15 osób (według stanu na 31 grudnia) w 2017 r., w 2019 r., w 2020 r. i w 2021 r. (według stanu na 30 marca), według stanu na koniec 2018 r. świadczenia z zakresu geriatry udzielane były przez 16 lekarzy specjalistów. W okresie 2017-2020 liczba pielęgniarek o specjalizacji geriatrycznej wyniosła (według stanu na 31 grudnia każdego roku) cztery, a w 2021 r. (stan na 30 marca) trzy osoby.

(akta kontroli: 24)

1.2. W Oddziale obowiązywała (wprowadzona przez Prezesa NFZ) od 2018 r. Procedura definiowania priorytetów zdrowotnych i planowania zakupu świadczeń, a od 2021 r. procedura Planowanie rzeczowe – opracowanie planu zakupu świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie których przygotowywano plany zakupu świadczeń⁸.

(akta kontroli str. 1284-1326)

W Oddziale sporządzane były roczne plany, o których mowa w art. 131b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dalej: ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej⁹); każdy plan składał się z części opisowej i części szczegółowej¹⁰. W części opisowej planów zawarto między innymi dane demograficzne województwa wielkopolskiego, w tym: w podziale na wiek mieszkańców, o liczbie zgonów i najczęstszych przyczynach zgonów według wieku mieszkańców (w podziale na powiaty województwa), prognozę demograficzną, a także charakterystykę zdrowotną populacji województwa (m.in. strukturę zachorowań na nowotwory w podziale na powiaty). W planach

⁵ Powiat gnieźnieński – pięciu lekarzy, powiat ostrowski – trzech lekarzy, powiaty: poznański i złotowski po jednym lekarzu, Miasto Konin – jeden lekarz, Miasto Poznań – sześciu lekarzy – stan na 25 maja 2021 r.

⁶ Za wyjątkiem jednego ze świadczeniodawców – omówiono w punkcie 1.3 niniejszego wystąpienia.

⁷ W zakresie geriatry.

⁸ Dalej: plany

⁹ Dz.U. 2021 r. poz. 1285.

¹⁰ W 2017 r. w planie zakupu świadczeń z 6.10.2016 r. dokonano zmian: 15.11.2016 r., 9.02.2017 r., 21.04.2017 r., 20.07.2017 r., 24.11.2017 r. i 26.02.2018 r.; w planie zakupu świadczeń na 2018 r. z 20.10.2017 r. dokonano zmian: 5.03.2018 r., 27.04.2018 r., 31.07.2018 r., 10.10.2018 r. i 28.02.2019 r.; w planie zakupu świadczeń na 2019 r. z 25.10.2018 r. dokonano zmian: 8.02.2019 r., 17.05.2019 r., 14.08.2019 r., 15.11.2019 r. i 14.02.2020 r.; w planie zakupu świadczeń na 2020 r. z 29.11.2019 r. dokonano zmian: 20.05.2020 r., 31.07.2020 r., 30.10.2020 r. i 31.03.2021 r.

zamieszczono także dane z raportów statystycznych w systemie informatycznym WOWNFZ-SIKCH, w zakresie zrealizowanych m.in.: świadczeń lekarza POZ, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i opieki szpitalnej, usług i punktów na 10 tys. mieszkańców (w podziale na powiaty), zachorowalności na choroby układu krążenia, osób hospitalizowanych (wraz z najczęstszymi przyczynami hospitalizacji), dotyczące liczby pacjentów, którym udzielono świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza (w podziale na subregiony). W każdym z planów ujęto priorytety regionalne na dany rok, z uzasadnieniem i wskazaniem m.in. krajowych ram strategicznych. W każdym planie zostały ujęte mapy potrzeb zdrowotnych dla różnych rodzajów świadczeń, a także priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa wielkopolskiego¹¹. Zawarto w planach analizę organizacji dostępu do świadczeń (w tym liczbę świadczeniodawców i typy umów, w podziale na powiaty, liczbę miejsc udzielania świadczeń w podziale na subregiony oraz analizy poziomu realizacji umów, analizy list osób oczekujących). Na podstawie danych z raportów statystycznych opisano chorobowość m.in. w grupie pacjentów 65+. Według zapisów w planach założone wielkości wartości umów na kolejne lata dla geriatryki miały związek z poziomem wykonania tych usług z roku poprzedniego; przedstawiano również plan postępowań konkursowych. Analizy dostępności do świadczeń zawierały m.in. w podziale na powiaty: liczby świadczeniodawców w podziale na rodzaje umów, liczby udzielonych porad, liczby miejsc udzielonych porad, poziom realizacji świadczeń, w tym w porównaniu do okresu poprzedniego, wartość udzielonych świadczeń, analizy list osób oczekujących. W planach zakupu świadczeń na lata 2017-2020 nie opisano odrębnie potrzeb w zakresie świadczeń geriatrycznych, w planie na 2021 r. opisano dostępność opieki geriatrycznej w podziale na powiaty.

Stopień zaspokojenia tych potrzeb szacowano między innymi na podstawie prowadzonych miesięcznych i kwartalnych analiz poziomów ich wykonania przez poszczególnych świadczeniodawców; pod uwagę brano poziom wykonania świadczeń, sytuację w zakresie list osób oczekujących i potencjał wykonawczy świadczeniodawców. W części szczegółowej planów B3 przedstawiono zagregowane kwoty zaplanowane na realizację świadczeń geriatrycznych bez podziału na powiaty, w część B1 – szczegółowy plan zakupu do wykorzystania przy zawieraniu umów ze świadczeniodawcami.

(akta kontroli: 62-140, 718, 1327-1367)

Korespondencję w sprawie wniosków do planowania zakupu świadczeń z zakresu opieki geriatrycznej opisano w punkcie 1.3. niniejszego wystąpienia pokontrolnego. Dyrektor Oddziału podała, że plany zakupu świadczeń opracowywano w oparciu o aktualne Mapy Potrzeb Zdrowotnych, priorytety ogólnopolskie oraz priorytety regionalne dla województwa wielkopolskiego, poziom realizacji świadczeń (w tym list oczekujących) oraz potencjał wykonawczy podmiotów leczniczych na terenie Wielkopolski. Podstawą planowania świadczeń na kolejny okres rozliczeniowy był poziom wykonania usług w okresie poprzedzającym rok kontraktowy, ze szczególnym uwzględnieniem analiz dotyczących okresu I półrocza danego roku, w którym to przygotowywany był plan dotyczący roku następnego. Determinantem działań planistycznych w każdym rodzaju świadczeń była przede wszystkim wielkość środków finansowych dostępnych w planie finansowym Oddziału na rok następny.

(akta kontroli: 193)

¹¹ Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa wielkopolskiego na okres od dnia 30 czerwca 2016 r. do 31 grudnia 2018 r. określone w załączniku do Zarządzenia Wojewody Wielkopolskiego nr 348/2016 z dnia 30 czerwca 2016 r. i w załączniku do Zarządzenia Wojewody Wielkopolskiego nr 95/2019 z dnia 28 lutego 2019 r.

Wobec nieprzeprowadzania przez WOW postępowań konkursowych dla świadczeń geriatrycznych w AOS i LSZ od 2019 r. Dyrektor Oddziału wskazała, że w przypadku realizacji świadczeń geriatrycznych w rodzaju AOS powyżej wartości umowy, WOW odpowiednio zwiększał pulę zakontraktowanych świadczeń do poziomu wykonania. Obowiązujące od 2012 r. umowy w rodzaju leczenie szpitalne zostały włączone od IV kwartału 2017 r. do umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej¹² (dalej: system psz lub psz). Nie stanowiły one zatem wartościowo (plan rzeczowo-finansowy) odrębnej umowy, bowiem kwota dedykowana ww. zakresowi świadczeń jest elementem całkowitej wartości dla świadczeń definiowanych ryczałt - psz. Jednakże głównym i niezmiennym powodem braku prowadzenia przez Oddział od 2019 r. postępowań w sprawie zawarcia umów w zakresie geriatryki był brak lekarzy specjalistów tej dziedziny.

(akta kontroli: 200-201, 370-371)

W planach (założeniach do procesu kontraktowania) uwzględniony został podział na subregiony i powiaty oraz poziom realizacji świadczeń w danym zakresie w roku poprzednim. W planach na lata 2017-2018 wskazano priorytety w finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej z uwzględnieniem priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej, jednak nie dotyczyły one wprost zwiększenia nakładów na leczenie geriatryczne: określone przez Wojewodę Wielkopolskiego priorytety regionalnej polityki zdrowotnej¹³ nie koncentrowały się bezpośrednio na opiece geriatrycznej, dotyczyły zabezpieczenia w zakresie chorób układu oddechowego opieki paliatywnej i geriatrycznej, dla chorych z przewlekłą niewydolnością oddechowo terminalną bez choroby nowotworowej, a nie wskazywały na niezbędność zwiększenia realizacji świadczeń geriatrycznych. W planach na 2018 i na 2019 r. zawarto zapis dotyczący priorytetu regionalnego „Zwiększenie dostępności do świadczeń w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym/opiekuńczo-leczniczym na terenie województwa oraz ograniczenie migracji celem leczenia poza Wielkopolską”. Dla celu z priorytetów regionalnej polityki zdrowotnej z 2019 r.¹⁴ „wzmocnienie opieki nad pacjentem w wieku 65+” jako preferowane metody realizacji wskazano optymalizację funkcjonowania oddziałów chorób wewnętrznych z uwagi na deficyt oddziałów geriatrycznych i ZOL/ZPO oraz zwiększenie dostępności do zakładów opiekuńczo-leczniczych/pielęgnacyjno –opiekuńczych, celem uzupełnienia leczenia poszpitalnego przed powrotem pacjenta do środowiska zamieszkania.

Dyrektor Oddziału odnosząc się do priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej w zakresie geriatryki podała, że wskutek tego zapisu dokonano poprawy dostępności do świadczeń o najniższym poziomie zabezpieczenia, poprzez zwiększenie wydatkowanych środków finansowych i liczby zakontraktowanych łóżek, zwiększano stopniowo liczbę miejsc udzielania świadczeń w ramach nowych umów lub dostępności z wykorzystaniem potencjału w ramach umów już zawartych, co skutkowało zwiększeniem liczby łóżek o 11 w 2018r., o 100 w 2019 r., o 36 w 2020 r. oraz o 6 w 2021 r., przyczyniając się do poprawy sytuacji związanej z zakończeniem hospitalizacji w oddziałach szpitalnych oraz do możliwości kontynuacji leczenia pacjentów w zakładzie opiekuńczo-leczniczym.

(akta kontroli: 199-200, 718)

¹² Zmiany te zostały wprowadzone ustawą z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2017 r., 844).

¹³ na okres od 30 czerwca 2016 r. do 31 grudnia 2018 r., ustalone w załączniku do zarządzenia Wojewody Wielkopolskiego nr 348/2016 z 30 czerwca 2016 r.

¹⁴ Ustalony w załączniku do zarządzenia Wojewody Wielkopolskiego nr 95/2019 z 28 lutego 2019 r.

W kwestii opinii i wniosków konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie geriatry¹⁵ zgłaszanych do planów na lata objęte kontrolą oraz korespondencji prowadzonej z konsultantem w ww. zakresie, Zastępca Dyrektora Oddziału wskazała m.in., że Oddział nie prowadził korespondencji dotyczącej planowania świadczeń w zakresie geriatry. Również konsultant wojewódzki nie zgłaszał do WOW NFZ opinii i wniosków dotyczących planowania i realizacji świadczeń z zakresu geriatrycznej opieki medycznej. Dyrektor Oddziału podała, że inicjatywa współpracy z oddziałami wojewódzkimi NFZ leżała w obszarze bezpośrednich działań konsultanta wojewódzkiego; zidentyfikowane przez niego problemy winny wyznaczać kierunek ewentualnych zmian. Oddział z własnej inicjatywy w 2014 r. zwrócił się do ówczesnego konsultanta wojewódzkiego o zajęcie stanowiska i wsparcie działań WOW NFZ w zakresie opracowania planu zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju LSZ na 2015 r., wobec nieotrzymania ww. informacji Oddział nie inicjował współpracy z wojewódzkim konsultantem w dziedzinie geriatry.

(akta kontroli: 4-6, 60-64, 194-195)

Udział środków zaplanowanych przez WOW NFZ na świadczenia geriatryczne w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (AOS) w planowanych kosztach świadczeń w odpowiednich rodzajach ogółem, w okresie objętym kontrolą (ogółem w województwie) wyniósł:

- w AOS według punktów rozliczeniowych w 2017 r. 0,065%, w 2018 r. 0,078%, w 2019 r. 0,096%, w 2020 r. 0,069%, w 2021 r. 0,074%, a w ujęciu wartościowym (zł) odpowiednio: 0,056%, 0,073%, 0,093%, 0,065%, 0,070%;
- w LSZ według punktów rozliczeniowych w 2018 r. 0,100%, w 2019 r. 0,107%, w 2020 r. 0,113%, w 2021 r. 0,136%, a w ujęciu wartościowym odpowiednio: 0,087%, 0,091%, 0,097%, 0,110%.

(akta kontroli: 158-159, 161-165, 220-231)

Świadczenia w rodzaju LSZ z zakresu geriatry, zostały w 2017 r. (styczeń-wrzesień) zaplanowane na poziomie 48 452 punktów rozliczeniowych (2 519 504 zł). W związku ze zmianami wprowadzonymi od 1 października 2017 r., świadczenia opieki zdrowotnej - realizowane przez dwóch świadczeniodawców - były finansowane w formie ryczałtu w systemie. Ze względu na fakt, że świadczenia LSZ z ww. zakresu od tego czasu były finansowane w formie ryczałtu systemu zabezpieczenia, nie ma możliwości przedstawienia wartości zaplanowanych dla całego 2017 r. oraz wartości zakontraktowanych świadczeń geriatrycznych.

(akta kontroli: 158-160, 161-165, 220-231, 382, 719-721)

Świadczenia w rodzaju AOS z zakresu geriatry, zostały:

- w 2017 r. zaplanowane na poziomie 102 206 punktów rozliczeniowych (i zakontraktowane ze świadczeniodawcami¹⁶), a planowany koszt wyniósł 309 464,26 zł;
- w 2018 r. zaplanowane na poziomie 438 517 punktów rozliczeniowych (zakontraktowano ze świadczeniodawcami 436 279,50¹⁷), a planowany koszt wyniósł 436 493,49 zł¹⁸;
- w 2019 r. zaplanowane na poziomie 612 255 punktów rozliczeniowych (zakontraktowano ze świadczeniodawcami 600 365¹⁹), a planowany koszt wyniósł 610 514,90 zł²⁰;

¹⁵ Od 1 stycznia 2019 r. do 15 kwietnia 2021 r. w województwie wielkopolskim stanowisko konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie geriatry pozostawało nieobjęte.

¹⁶ Sześciu świadczeniodawców.

¹⁷ Dziewięciu świadczeniodawców, z tego jeden rozliczający się od 1 października 2017 r. w formie ryczałtu psz.

¹⁸ 434 337,20 zł wg umów ze świadczeniodawcami.

- w 2020 r. zaplanowane na poziomie 433 424 punktów rozliczeniowych (zakontraktowano ze świadczeniodawcami 426 938²¹), a planowany koszt wyniósł 431 990,11 zł²²;
- w 2021 r. zaplanowane na poziomie 437 782 punktów rozliczeniowych (zakontraktowano ze świadczeniodawcami 215 844²³), a planowany koszt wyniósł 441 492 zł²⁴.

(akta kontroli: zał. 163-165)

W badanym okresie wysokość planowanych środków na świadczenia geriatryczne w rodzaju AOS była zmienna i w odniesieniu do roku poprzedniego w 2018 r. i w 2019 r. była wyższa odpowiednio o 326,86%²⁵ i o 37,61% (według punktów rozliczeniowych) oraz o 40,35% i 37,81% (w ujęciu wartościowym – PLN), a w 2020 r. niższa o 28,89% (według punktów rozliczeniowych) i 28,98% (w ujęciu wartościowym – PLN).

(akta kontroli: 163-165, 232)

Świadczenia z zakresu geriatry w rodzaju AOS - poradnie w latach 2017-2021 (I kwartał) zakontraktowano u dziewięciu świadczeniodawców²⁶, którzy świadczyli usługi na terenie sześciu z 35 powiatów²⁷ oraz dwóch realizujących świadczenia w rodzaju leczenie szpitalne na terenie dwóch powiatów²⁸.

(akta kontroli: 22-23, 161-169)

Liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń z zakresu geriatry w województwie wielkopolskim wyniosła w 2017 r. 2073, w 2018 r. 2168, w 2019 r. 2605, w 2020 r. 2180, a w okresie styczeń – marzec 2021 r. 534 .

(akta kontroli: 143-144, 158)

Liczba uprawnionych do świadczeń (osoby w wieku powyżej 60 roku życia) wynosiła w województwie wielkopolskim w 2017 r. 731 067, w 2018 r. 751 431, w 2019 r. 770 388, w 2020 r. 783 468, w pierwszym kwartale 2021 r. 815 255.

Liczba uprawnionych do świadczeń (osoby w wieku powyżej 60 roku życia) była w latach 2017-2021 (I kwartał) najwyższa w Poznaniu i powiecie poznańskim (odpowiednio 136 tys.–143 tys. i 64 tys.- 76 tys.), a najniższa w powiecie międzychodzkiem (8 tys.).

(akta kontroli: 67-68, 150-152, 158-164)

Liczba pacjentów z terenu województwa wielkopolskiego, którym udzielono świadczeń z zakresu geriatry wyniosła w 2017 r. 2118, w 2018 r. 2194, w 2019 r. 2615, w 2020 r. 2191, a w I i II kwartale 2021 r. 977.

Ze świadczeń geriatrycznych w rodzaju LSZ, w okresie objętym kontrolą skorzystało w województwie wielkopolskim odpowiednio 1040, 957, 993, 752, 112 pacjentów, a w rodzaju AOS odpowiednio 1037, 1240, 1818, 1532, 422 pacjentów.

Spośród uprawnionych do świadczeń w zakresie geriatry (osoby powyżej 60 roku życia) z terenu województwa wielkopolskiego ze świadczeń geriatrycznych

¹⁹ Dziewięciu świadczeniodawców, z tego jeden rozliczający się od 1 października 2017 r. w formie ryczałtu psz.

²⁰ 598 573,41 zł wg umów ze świadczeniodawcami.

²¹ Dziewięciu świadczeniodawców, z tego jeden rozliczający się od 1 października 2017 r. w formie ryczałtu psz.

²² 425 082,52 zł wg umów ze świadczeniodawcami.

²³ Według stanu na 30 czerwca 2021 r., dziewięciu świadczeniodawców, z tego jeden rozliczający się od 1 października 2017 r. w formie ryczałtu psz.

²⁴ Stan na 30 czerwca 2021 r., zł wg umów ze świadczeniodawcami.

²⁵ W 2017 r. w związku ze zmianą finansowania świadczeń zdrowotnych (ryczałt PSZ od 1 października 2017 r.) nastąpiła zmiana wyceny punktu rozliczeniowego, co wpłynęło na ich wielokrotnienie.

²⁶ Z tego u trzech od 1 września 2018 r.

²⁷ Powiaty: gnieźnieński, Konin, ostrowski, Poznań, poznański, złotowski.

²⁸ Powiaty: gnieźnieński, ostrowski.

w zakresie AOS i LSZ skorzystało w Wielkopolsce, w poszczególnych latach objętych kontrolą, odpowiednio 0,28%, 0,28%, 0,33%, 0,27% i 0,06%.

W stosunku do roku poprzedniego liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń geriatrycznych w rodzaju LSZ była niższa o 7,98% w 2018 r., w 2019 r. nastąpił wzrost o 3,76%, a w 2020 r. spadek 24,27%. W przypadku świadczeń geriatrycznych w rodzaju AOS w 2018 r. nastąpił wzrost liczby pacjentów o 19,58%, w 2019 r. o 46,61%, a w 2020 r. (I kwartał) liczba pacjentów była niższa o 15,73%.

(akta kontroli: 145, 158, 172-179, 232, 234-235)

W poszczególnych latach objętych kontrolą największa liczba osób skorzystała ze świadczeń geriatrycznych w mieście Poznań (odpowiednio 855, 856, 854, 596 i 222), a najmniej w Koninie (57 w 2018 r., a w kolejnych latach 98, 68 i 27).

(akta kontroli: 144)

W badanym okresie liczba udzielonych w Wielkopolsce osobom w wieku powyżej 60 roku życia świadczeń geriatrycznych w rodzaju AOS wyniosła w 2017 r. 2728, w 2018 r. 3633, w 2019 r. 5860, w 2020 r. 4122 i 1503 w 2021 r. (I półrocze), a liczba udzielonych świadczeń przypadających na 10 tys. uprawnionych z terenu województwa wielkopolskiego wyniosła odpowiednio: 37, 48, 76, 53 i 18.

W badanym okresie liczba udzielonych w Wielkopolsce osobom w wieku powyżej 60 roku życia świadczeń geriatrycznych w rodzaju LSZ wyniosła w 2017 r. 1220, w 2018 r. 1101, w 2019 r. 1207, w 2020 r. 821 i 304 w 2021 r. (I półrocze), a liczba udzielonych świadczeń przypadających na 10 tys. uprawnionych z terenu województwa wielkopolskiego wyniosła odpowiednio: 17, 15, 16, 10 i 4.

(akta kontroli: 150-152, 170-171, 233)

W związku z realizacją świadczeń geriatrycznych w rodzaju LSZ w dwóch powiatach województwa wielkopolskiego, wykonanie umów o udzielanie ww. świadczeń wyniosło łącznie w latach 2017-2021 (I półrocze) 15 115 384,46 zł (liczba świadczeń 4653), z tego w powiecie gnieźnieńskim odpowiednio 8 568 035,57 zł (liczba świadczeń 2821), a w powiecie ostrowskim odpowiednio 6 547 348,89 zł (liczba świadczeń 1832).

W powiecie gnieźnieńskim w stosunku do roku poprzedniego liczba udzielonych świadczeń w 2018 r. zmniejszyła się o 11,72% (w ujęciu wartościowym nastąpił spadek o 7,84%), w 2019 r. odnotowano wzrost liczby świadczeń o 14,53% (w ujęciu wartościowym wzrost o 33,24%), a w 2020 r. liczba udzielonych świadczeń zmniejszyła się o 37,52% (w ujęciu wartościowym nastąpił spadek o 25,23%).

W powiecie ostrowskim w stosunku do roku poprzedniego liczba udzielonych świadczeń w 2018 r. zmniejszyła się o 6,87% (w ujęciu wartościowym nastąpił wzrost o 3,01%), w 2019 r. odnotowano wzrost liczby świadczeń o 2,82% (w ujęciu wartościowym wzrost o 11,64%), a w 2020 r. liczba udzielonych świadczeń zmniejszyła się o 23,42% (w ujęciu wartościowym nastąpił spadek o 9,78%).

(akta kontroli: 161-165, 170-171, 233)

Liczba pacjentów, którzy skorzystali ze świadczeń geriatrycznych w rodzaju LSZ:

- w powiecie gnieźnieńskim wyniosła w 2017 r. 598, w 2018 r. 543, w 2019 r. 572, w 2020 r. 421, w 2021 r. (do 30 czerwca) 112;
- w powiecie ostrowskim wyniosła w 2017 r. 442, w 2018 r. 414, w 2019 r. 421, w 2020 r. 331, w 2021 r. (I kwartał) nie udzielono ww. świadczeń.

W powiecie gnieźnieńskim w stosunku do roku poprzedniego liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń geriatrycznych w rodzaju LSZ w 2018 r. zmniejszyła się o 9,20%, w 2019 r. odnotowano wzrost o 5,34%, a w 2020 r. spadek o 26,40%.

W powiecie ostrowskim w stosunku do roku poprzedniego liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń geriatrycznych w rodzaju LSZ w 2018 r. zmniejszyła się o 6,33%, w 2019 r. odnotowano wzrost o 1,69%, a w 2020 r. spadek o 21,38%.

(akta kontroli: 172-173, 234)

Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że brak realizacji świadczeń w I półroczu 2021 r. przez Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Ostrów Wielkopolski związany był z epidemią covid-19; na podstawie decyzji Wojewody Wielkopolskiego zapewniano łóżka dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem wirusem. Z informacji uzyskanych od tego świadczeniodawcy wynika, że rodziny pacjentów 65+ odmawiały świadczeń w obawie przed zarażeniem SARS-CoV-2.

W związku z realizacją świadczeń geriatrycznych w rodzaju AOS, w sześciu powiatach województwa wielkopolskiego wykonanie umów o udzielanie ww. świadczeń pod względem wartości i liczby świadczeń wyniosło łącznie w latach 2017-2021 (I półrocze):

- w powiecie poznańskim odpowiednio: 142 464,75 zł i 1116 świadczeń,
- w Poznaniu odpowiednio: 383 480,33 zł i 9600 świadczeń,
- w Koninie odpowiednio: 56 302,17 zł i 674 świadczeń,
- w powiecie złotowskim odpowiednio: 267 583,73 zł i 2649 świadczeń,
- w powiecie gnieźnieńskim odpowiednio: 31 559,12 zł i 855 świadczeń,
- w powiecie ostrowskim odpowiednio: 132 420,82 zł i 2952 świadczeń.

W powiecie poznańskim, w stosunku do roku poprzedniego, wartość udzielonych świadczeń AOS w zakresie geriatry w 2018 r. zmniejszyła się o 8,71%, w 2019 r. o 30,21%, a w 2020 r. o 35,67%. Liczba świadczeń, w stosunku do roku poprzedniego) w 2018 r. spadła o 16,14%, w 2019 r. o 29,02%, a w 2020 r. o 40,89%.

W Poznaniu, w stosunku do roku poprzedniego, wartość udzielonych świadczeń AOS w zakresie geriatry w 2018 r. i w 2019 r. wzrosła odpowiednio o 16,14% i 2,88%, a w 2020 r. spadła o 39,02%. Liczba świadczeń, w stosunku do roku poprzedniego w 2018 r. wzrosła o 9,90%, w 2019 r. o 0,20%, a w 2020 r. spadła o 45,25%.

W Koninie w stosunku do roku poprzedniego wartość udzielonych świadczeń AOS w zakresie geriatry w 2019 r. wzrosła o 106,47% (świadczenia realizowano od 2018r.), a w 2020 r. spadła o 31,34%. Liczba świadczeń, w stosunku do roku poprzedniego w 2019 r. wzrosła o 82,98%, a w 2020 r. spadła o 29,84%.

W powiecie złotowskim w stosunku do roku poprzedniego wartość udzielonych świadczeń AOS w zakresie geriatry w 2019 r. wzrosła o 339,55% (świadczenia realizowano od 2018 r.), a w 2020 r. spadła o 13,18%. Liczba świadczeń w 2019 r. , (w stosunku do roku poprzedniego) wzrosła o 304,82%, a w 2020 r. o 19,50%.

W powiecie gnieźnieńskim w stosunku do roku poprzedniego wartość udzielonych świadczeń AOS w zakresie geriatry w 2018 r. i w 2019 r. wzrosła odpowiednio o 402,47% i 31,33%, a w 2020 r. spadła o 62,98%. Liczba świadczeń, w stosunku do roku poprzedniego w 2018 r. wzrosła o 523,91%, w 2019 r. o 36,24%, a w 2020 r. spadła o 68,03%.

W powiecie ostrowskim w stosunku do roku poprzedniego wartość udzielonych świadczeń AOS w zakresie geriatry w 2019 r. wzrosła o 1328,22% (świadczenia realizowano od 2018 r.), a w 2020 r. spadła o 24,74%. Liczba świadczeń, w stosunku do roku poprzedniego w 2019 r. wzrosła o 1092%, a w 2020 r. spadła o 21,95%.

(akta kontroli: 171, 234-235)

Zastępca Dyrektora WOW NFZ wskazała, że wzrost liczby i wartości udzielonych świadczeń w powiecie złotowskim i powiecie ostrowskim wynikał z okresu obowiązywania umów na realizację świadczeń geriatrycznych w rodzaju AOS, które były sprawozdane za okres czterech miesięcy w 2018 r. i 12 miesięcy w 2019 r.

(akta kontroli: 229-231)

Liczba pacjentów, którzy skorzystali ze świadczeń geriatrycznych w rodzaju AOS:

- w powiecie gnieźnieńskim wyniosła w 2017 r. 22, w 2018 r. 47, w 2019 r. 87, w 2020 r. 50, w 2021 r. (I kwartał) jeden;
- w powiecie ostrowskim wyniosła w 2018 r. 50, w 2019 r. 438, w 2020 r. 465, w 2021 r. (I kwartał) nie udzielono ww. świadczeń;
- w Poznaniu wyniosła w 2017 r. 855, w 2018 r. 856, w 2019 r. 854, w 2020 r. 596, w 2021 r. (I kwartał) 222;
- w powiecie poznańskim wyniosła w 2017 r. 160, w 2018 r. 141, w 2019 r. 99, w 2020 r. 55, w 2021 r. (I kwartał) 25;
- w Koninie wyniosła w 2018 r. 57, w 2019 r. 98, w 2020 r. 68, w 2021 r. (I kwartał) 27;
- w powiecie złotowskim wyniosła w 2018 r. 89, w 2019 r. 242, w 2020 r. 298, w 2021 r. (I kwartał) 147.

W powiecie gnieźnieńskim w stosunku do roku poprzedniego liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń geriatrycznych w rodzaju AOS w 2018 r. zwiększyła się o 113,64%, w 2019 r. odnotowano wzrost o 85,11%, a w 2020 r. spadek o 42,53%.

W powiecie ostrowskim w stosunku do roku poprzedniego liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń geriatrycznych w rodzaju AOS (udzielano ich od 2018 r.) w 2019 r. zwiększyła się o 776%, w 2020 r. odnotowano wzrost o 6,16%.

W Koninie w stosunku do roku poprzedniego liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń geriatrycznych w rodzaju AOS (świadczeń udzielano od 2018 r.) w 2019 r. zwiększyła się o 71,93%, w 2020 r. odnotowano spadek o 30,61%.

W Poznaniu w stosunku do roku poprzedniego liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń geriatrycznych w rodzaju AOS w 2018 r. zwiększyła się o 0,12%, w 2019 r. i 2020 r. odnotowano spadek odpowiednio o 0,23% i 30,21%.

W powiecie poznańskim w stosunku do roku poprzedniego liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń geriatrycznych w rodzaju AOS w 2018 r. zmniejszyła się o 11,88%, w 2019 r. i 2020 r. również odnotowano spadki odpowiednio o 29,79% i o 44,44%.

W powiecie złotowskim w stosunku do roku poprzedniego liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń geriatrycznych w rodzaju AOS (świadczeń udzielano od 2018 r.) w 2019 r. zwiększyła się o 171,91%, w 2020 r. odnotowano wzrost o 23,14%.

(akta kontroli: 172, 235)

Zadania związane z analizą danych dotyczących liczby osób oczekujących i monitorowaniem informacji o liczbie oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej realizował Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej (Dział Analiz, Sekcja Weryfikacji List Oczekujących)²⁹. W okresie objętym kontrolą średni czas

²⁹ Zgodnie z Regulaminem Organizacyjnym Oddziału wprowadzonym zarządzeniem Dyrektora Oddziału: nr 547/2016 z 21 listopada 2016 r. (zmieniającym zarządzenie nr 21/2015 z 20 marca 2015 r.) zadania pozostawały w kompetencji Sekcji Weryfikacji Raportów Działu Analiz w Wydziale Świadczeń Opieki Zdrowotnej, od 1 stycznia 2019 r. te zadania wykonywała zgodnie z Regulaminem Organizacyjnym w brzmieniu wynikającym z zarządzeń Dyrektora Oddziału nr 1268/2018 r. z 31 grudnia 2018 r., nr 228/2019 z 14 czerwca 2014 r., nr 591/2019 z 17 grudnia 2019 r., nr 343/2020 z 1 października 2020 r. i nr 527/2020 r. z 31 grudnia 2020 r. Sekcja Weryfikacji List Oczekujących Działu Analiz w Wydziale Świadczeń Opieki Zdrowotnej

oczekiwania na świadczenia w zakresie geriatry w rodzaju leczenia szpitalne (przypadki pilne oraz przypadki stabilne) wynosił zero dni. Na wizytę w poradni geriatrycznej - świadczenia AOS w zakresie geriatry - (przypadki stabilne) dla całego województwa wielkopolskiego w latach 2017-2021 średni czas oczekiwania wynosił odpowiednio (według stanu na 31 grudnia w latach 2017-2020) 17, 11, 9, 8 i 6 dni (w 2021 r. według stanu na 31 marca).

W badanym okresie nastąpiło skrócenie średniego czasu oczekiwania w województwie wielkopolskim na wizytę w poradni geriatrycznej (przypadki stabilne), w 2018 r. w odniesieniu do roku poprzedniego o 35%, w 2019 r. 18%, a w 2020 r. o 11%.

Zmiany liczby miejsc w oddziałach szpitalnych przedstawiono w pkt 1.1. niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

(akta kontroli: 26, 158-160, 717)

Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że na podstawie przeprowadzanych analiz w zakresie oceny poziomu zabezpieczenia świadczeń geriatrycznych, jak też zgłaszanych wniosków, Oddział podejmował decyzje w przedmiocie zasadności zakontraktowania wskazanych świadczeń; dodała, że od 2012 r. do Oddziału nie wpłynął żaden wniosek dotyczący zawarcia umowy w zakresie geriatry w trybie geriatry- hospitalizacja, geriatry – hospitalizacja planowa, ani geriatry zespół opieki dziennej.

(akta kontroli str. 367-371)

W dniu 26 czerwca 2017 r. Dyrektor Oddziału złożyła wniosek do Ministra Zdrowia o wyrażenie opinii w przedmiocie kwalifikacji świadczeniodawcy SPZOZ Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Dziekanka” im. A. Piotrowskiego w Gnieźnie (z oddziałem geriatrycznym) do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej; Minister Zdrowia pozytywnie zaopiniował kwalifikację w zakresie zakładu leczniczego do poziomu I stopnia systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

W piśmie nr DSOZ.401.1045.2017 z 29 czerwca 2017 r. Centrali NFZ, w związku z wejściem w życie systemu szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej zażądano przedstawienia danych o prowadzonych przez Oddział do czerwca 2017 r. postępowaniach konkursowych. W odpowiedzi na mail Centrali NFZ z 5 lipca 2017 r. w sprawie przekazania danych, o których mowa w piśmie z 29 czerwca 2017 r. wskazano na konieczność zwrócenia szczególnej uwagi na opiekę geriatryczną. Pismem nr WSOZ-SSST.401.63.2017 z 6 lipca 2017 r. Dyrektor Oddziału informowała Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali NFZ o przekazaniu informacji o planowanym ogłoszeniu konkursów ofert (wraz z terminami) do Centrali NFZ; w odniesieniu do świadczeń geriatrycznych (hospitalizacja) podano, które placówki świadczą usługi w tym zakresie; poinformowano także, że Oddział nie planuje ogłoszenia postępowania konkursowego w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na świadczenia w ramach zakresu geriatry (we wszystkich trybach realizacji świadczeń).

W odpowiedzi na pismo z Ministerstwa Zdrowia z 10 czerwca 2020 r. dotyczące zapewnienia dostępu do lekarza geriatry w obrębie miejsca zamieszkania Dyrektor Oddziału pismem nr WSOZ-SSS.401.1.8.2020 z 15 czerwca 2020 r. udzielił odpowiedzi, opisując sposób realizacji tej opieki na terenie Wielkopolski, wskazując m. in. liczbę postępowań konkursowych w zakresie geriatry.

W piśmie WSOZ-SSS.401.1.9.2021 AOS.RPW/92992/2021.KA.2021 z 26 maja 2021 r. kierowanym do Ministerstwa Zdrowia udzielono odpowiedzi (na pismo Ministerstwa z 24 maja 2021 r.) w kwestiach będących przedmiotem interpelacji poselskiej w sprawie lekarzy geriatrów w powiecie kościańskim, wskazując liczbę lekarzy udzielających świadczeń w tym zakresie, liczbę świadczeniodawców tych usług, opisując sposób i stopień zapewnienia świadczeń geriatrycznych; wskazano m.in. na potrzebę rozważenia ograniczenia dostępu do łóżek internistycznych na rzecz przekształcenia bazy łóżkowej w część geriatryczną.

W piśmie WSOZ-SSSZ.425.1.80.2021 z 17 maja 2021 r. do Ministerstwa Zdrowia (odpowiedź na pismo Ministerstwa nr DLD.050.35.2021.AS z 6 maja 2021 r.), dotyczącym interpelacji w sprawie możliwości utworzenia oddziału geriatrycznego w Krotoszynie Dyrektor Oddziału poinformowała o dwóch podmiotach leczniczych udzielających świadczeń w zakresie geriatry – hospitalizacja, wskazała również na zabezpieczenie tego rodzaju świadczeń dla mieszkańców południowej i północno-centralnej części Wielkopolski; podała, że nie przewiduje się ogłoszenia postępowań konkursowych, a przedstawiona statystyka świadczeń zrealizowanych przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krotoszynie w I kwartale 2021 r. służyć miała wykazaniu, że potrzeby osób starszych były zabezpieczone. Nadto Dyrektor wskazała warunki, jakie muszą zostać spełnione w celu uruchomienia ewentualnej działalności w zakresie poradni geriatrycznej.

(akta kontroli str. 629-693)

W okresie objętym kontrolą kilka podmiotów oraz jednostek samorządu terytorialnego zgłosiło zainteresowanie świadczeniem usług w zakresie geriatry.

W odpowiedzi na propozycję świadczeniodawcy zawarcia umowy na świadczenia geriatryczne na terenie powiatu pilskiego/złotowskiego na 2017 r. Dyrektor Oddziału w piśmie nr WSOZ-DKOS-SSS.4212.2017 z 7 lipca 2017 r. wskazała jakie były ówczesne możliwości finansowania tego zakresu opieki medycznej, podając, iż umowy zawarte na ten rodzaj świadczeń przedłużono do 30 czerwca 2018 r.; poinformowała o braku planu przeprowadzenia konkursu w powyższym zakresie, wskazała stronę internetową zawierającą informacje o konkursach dla świadczeniodawców. W odpowiedzi na kolejne pismo tego podmiotu o rozpisanie konkursu na poradnię geriatryczną w Złotowie Dyrektor Oddziału informowała o podtrzymaniu stanowiska wyrażonego w piśmie z 7 lipca 2017 r.

Odpowiadając na pismo świadczeniodawcy z 30 czerwca 2017 r. o rozważenie konkursu na świadczenia poradni geriatrycznej w subregionie kaliskim, Dyrektor Oddziału pismem nr WSOZ-DKOS-SSS.4212.23.2017 z 25 lipca 2017 r. poinformowała o zabezpieczeniu świadczeń w oparciu o umowy wieloletnie do 30 września 2017 r.; dodała ponadto, że przeprowadza analizy w zakresie potrzeb zdrowotnych i podejmuje kroki w celu zabezpieczenia dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na terenie Wielkopolski, z uwzględnieniem możliwości finansowych Oddziału Funduszu.

W odpowiedzi na pismo z 12 marca 2018 r. w sprawie gotowości wzięcia udziału przez Szpital Powiatowy w Złotowie w konkursie na realizację świadczeń w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej Dyrektor Oddziału pismem nr WSOZ-DKOS-SSS.4212.3,4.2018 z 17 kwietnia 2018 r. poinformowała, że świadczenia zdrowotne są zabezpieczone w oparciu o umowy wieloletnie, których okres obowiązywania został wydłużony do 30 czerwca 2018 r., oraz o planie podjęcia decyzji w przedmiocie dalszego zabezpieczania świadczeń, w tym przeprowadzenie ewentualnych konkursów uzupełniających.

W odpowiedzi na wnioski starosty powiatu szamotulskiego i dyrektora SP ZOZ w Szamotulach z lutego 2018 r. dotyczące zakontraktowania działalności poradni geriatrycznej w SP ZOZ w Szamotulach, Dyrektor Oddziału w pismach odpowiednio nr WSOZ-DKOS-SSS.425.PSZ.2018 z 1 marca 2018 r. i WSOZ-DKOS-SSS.401.2018 z 7 marca 2018 r. wskazała w jaki sposób były zabezpieczone te świadczenia przez innych świadczeniodawców na terenie województwa wielkopolskiego.

Odpowiedź nr WSOZ-SSST.401.126.2018 z 6 listopada 2018 r. na pismo Prezydenta Miasta Leszna w sprawie możliwości utworzenia poradni lub oddziału geriatrycznego na terenie Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego w Lesznie zawierała informację m. in. o procedurze wynikającej z przepisów prawa oraz o stanie ogłoszonych postępowań konkursowych, wskazując, iż w tamtym okresie świadczenia geriatryczne realizowane były i finansowane w ramach umów obowiązujących do 30 czerwca 2021 r. Dyrektor podała także, że wysokość łącznych zobowiązań Funduszu wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu. Z załączonego do pisma Prezydenta Leszna pisma członka zarządu województwa wielkopolskiego wynikało, iż szpital w Lesznie nie był w 2018 r. przygotowany w zakresie kadrowym i lokalowym do utworzenia poradni lub oddziału szpitalnego. W konkursie na świadczenia w rodzaju opieka ambulatoryjna przeprowadzonym w czerwcu 2018 r. dla subregionu leszczyńskiego nie wpłynęła żadna oferta.

Pismem nr WSOZ-SSS.4212.3.2019 z 12 marca 2020 r. Dyrektor Oddziału udzieliła odpowiedzi na pismo dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Szamotulach, który deklarował gotowość do rozpoczęcia działalności w zakresie funkcjonowania poradni geriatrycznej w ramach SP ZOZ w Szamotulach; Dyrektor wskazała, iż świadczenia tego rodzaju na terenie województwa wielkopolskiego są zabezpieczone w oparciu o umowy wieloletnie, z okresem obowiązywania do 30 czerwca 2021 r.; podsumowała, że nie ma przesłanek do ogłoszenia postępowania konkursowego, w celu zakontraktowania dodatkowych świadczeń geriatrycznych dla subregionu poznańskiego.

Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że wniosek SP ZOZ w Szamotulach rozpatrzono negatywnie z powodu zabezpieczenia dostępności do świadczeń na tym obszarze kontraktowania – w subregionie poznańskim było sześciu świadczeniodawców oraz z uwagi na możliwość realizacji przez nich świadczeń na wyższym poziomie, bowiem poziom realizacji był niższy od zakontraktowanej wartości.

(akta kontroli: 197-198, 367-377, 694-716)

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych podała, że przy opracowywaniu Planu zakupu świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna Oddział uwzględniał (w przypadku zasadności) składane przez podmioty wnioski w sprawie ogłaszania postępowań konkursowych na przyjętym obszarze kontraktowania.

(akta kontroli str. 1123-1131)

Odnosnie zgłaszania i uwzględniania przy opracowywaniu planu zakupu świadczeń opinii lub wniosków konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie geriatry, Zastępca Dyrektora Oddziału wskazała, że w latach objętych kontrolą WOW NFZ nie prowadził korespondencji z konsultantem wojewódzkim w dziedzinie geriatry w zakresie planowania przedmiotowych świadczeń. Również konsultant wojewódzki nie zgłaszał do tutaj Oddziału Funduszu opinii i wniosków dotyczących planowania i realizacji świadczeń z zakresu geriatrycznej opieki medycznej.

Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że nie inicjowano współpracy z konsultantem wojewódzkim do spraw geriatry, bowiem podjęta w 2014 r. próba uzyskania oceny stanu zabezpieczenia opieki w województwie w 2014 r. nie przyniosła oczekiwanej informacji, a nadto ze strony tego konsultanta nie wpłynęło do Oddziału żadne zapytanie/wniosek/prośba dotycząca przedstawienia danych funkcjonujących na rynku usług zdrowotnych realizatorów świadczeń, ich potencjału, pomimo nałożonego na konsultantów obowiązku sporządzania rocznego raportu dokumentującego wykonanie zadań w zakresie obejmującym reprezentowaną przez nich dziedzinę wiedzy.

(akta kontroli: 64, 194-195)

Wojewoda Wielkopolski podał, że w okresie od 1 stycznia 2019 r. do 15 kwietnia 2021 r. stanowisko konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie geriatry było nieobsadzone; przesłał sprawozdanie konsultanta wojewódzkiego za 2016 r. Do kontroli nie przekazano innych sprawozdań konsultanta wojewódzkiego do spraw geriatry.

(akta kontroli: 4-6)

1.4 Postępowanie w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń, których przedmiotem była geriatrya-hospitalizacja³⁰ będące podstawą realizacji ww. świadczeń w badanym okresie zostało przeprowadzone przez Oddział w 2011 r. W jego wyniku zawarte zostały umowy z dwoma świadczeniodawcami, żadna z ofert nie została odrzucona. W marcu 2021 r. zostało ogłoszone, a następnie unieważnione kolejne postępowanie konkursowe w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń w ww. zakresie na obszarze województwa wielkopolskiego z wyłączeniem powiatu ostrowskiego³¹. W ww. postępowaniu złożona została jedna oferta. Postępowanie zostało unieważnione z powodu wystąpienia istotnej zmiany okoliczności powodującej, że prowadzenie go lub zawarcie umowy nie leżało w interesie ubezpieczonych, czego nie można było wcześniej przewidzieć.

Świadczenia geriatryczne w rodzaju AOS – świadczenia w poradniach były od 2011 r. przedmiotem 20 postępowań konkursowych ogłoszonych przez Oddział, z których 12 stanowiło podstawę zawarcia umów obowiązujących w okresie objętym kontrolą.

W latach 2018-2021³² Oddział prowadził łącznie siedem postępowań o zawarcie umów w ww. zakresie, przy czym w jednym z nich³³ nie została złożona żadna oferta (postępowanie unieważnione). W toku postępowań, o których mowa wyżej nie została odrzucona żadna oferta spośród łącznie siedmiu złożonych. W ww. postępowaniach obszarem kontraktowania świadczeń w zakresie geriatry były subregiony, odpowiednio: kaliski, pilski i koniński, dla których przeprowadzone zostały po dwa postępowania oraz leszczyński (postępowanie unieważnione z powodu braku ofert).

(akta kontroli: 27-31, 67-70, 153-154)

Dyrektor WOW wyjaśniła, że ogłaszając kolejne postępowania konkursowe w zakresie geriatry Oddział analizował zgłoszone wnioski w sprawie zakontraktowania świadczeń, natomiast głównym determinantem, który miał wpływ na decyzje płatnika był ewidentny brak zabezpieczenia świadczeń w danym zakresie, w przyjętym przez WOW NFZ obszarze kontraktowania. Podstawowym obszarem kontraktowania wskazanych świadczeń był obszar subregionu –

³⁰ Postępowanie nr 15-12-000846/SZP/03/1/03.4060.030.02/01

³¹ Postępowanie nr 15-21-000027/SZP/03/1/03.4060.030.02/01.

³² W 2017 r. postępowania nie były prowadzone.

³³ 15-18-000292/AOS/02/1/02.1060.001.02/01 AOS świadczenia w poradniach –grupa powiatów subregion leszczyński.

w przypadku 12 postępowań na 20 ogłoszonych. Oddział ogłaszając postępowania miał na względzie zabezpieczenie świadczeń na terenie każdego z subregionów (przyjęty poziom kontraktowania z uwagi na identyfikowany deficyt kadry medycznej), które terytorialnie odpowiadały byłym województwom. Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że nie było to równoznaczne z pozostawieniem osób 65+ bez gwarantowanej środkami publicznymi opieki medycznej, bowiem w każdym z regionów Wielkopolski świadczeń odrębnych (umowy zawarte w poszczególnych rodzajach i zakresach świadczeń) udzielają lekarze podstawowej opieki medycznej, lekarze specjaliści, zagwarantowany jest dostęp do podmiotów leczenia szpitalnego – hospitalizacja, do świadczeń innych aniżeli całodobowe świadczenia szpitalne typu ZOL/ZPO w zależności od schorzenia pacjenta.

(akta kontroli: 198, 201)

Szczegółowym badaniem objęte zostały trzy postępowania konkursowe³⁴, będące podstawą zawarcia umów nr 150009135/02/1/0124/4/18/18, nr 150000011/02/1/0106/3/18/18, nr 150000028/02/1/0162/1/18/18 na realizację świadczeń geriatrycznych w rodzaju AOS – świadczenia w poradniach. Działania Oddziału w tym zakresie w 2018 r. regulowała Procedura konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wprowadzona pismem Prezesa NFZ³⁵ w maju 2018 r. W obowiązującym w 2018 r. dla postępowań objętych szczegółowym badaniem zarządzeniu nr 18/2017DSOZ z 14 marca 2017 r.³⁶ zawarto regulacje m.in. w zakresie sposobu: przygotowania oferty, składania ofert, przeprowadzania postępowania i wnoszenia środków odwoławczych. Zarządzeniem nr 22/2018/DSOZ Prezesa NFZ z 14 marca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna³⁷ określone zostały m.in. szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz uprawnienie dyrektora oddziału NFZ do podpisania umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.

(akta kontroli str. 820-847, 866-900, 901-942, 943-984, 985-1026, 1027-1081)

Określenie przedmiotu zamówień w badanych przypadkach ustalono we wniosku do dyrektora Oddziału o wyrażenie zgody na ogłoszenie postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Dokument ten wskazywał m.in. przedmiot postępowania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej, obszary, których dotyczyło postępowanie wraz z uzasadnieniem ich wyboru, okres obowiązywania umowy, wartość przedmiotu zamówienia, liczbę świadczeń. W zakresie świadczeń geriatrycznych wskazano analizę ich dostępności w podziale na subregiony województwa oraz zaplanowaną liczbę umów, wartość zamówienia, liczbę jednostek rozliczeniowych i planowaną wartość zamówienia dla każdego z subregionów.

(akta kontroli str. 848-865)

Wszystkie trzy postępowania objęte badaniem prowadzone były zgodnie z zasadami określonymi w procedurze konkursu ofert; zgodnie z nią i z zarządzeniem nr 22/2018/DSOZ ogłoszono postępowania³⁸, zarządzeniami dyrektora Oddziału powołano komisje konkursowe, ogłoszono o rozstrzygnięciu postępowań, protokołowano posiedzenia komisji (w tym z weryfikacji ofert i oceny kryteriów

³⁴15-18-000291/AOS/02/1/02.1060.001.02/01,15-18-000293/AOS/02/1/02.1060.001.02/01,15-18-00294/AOS/02/1/02.1060.001.02/01,

³⁵DSOZ.401.1115.2018, 2018.35409.GPO, dalej procedura konkursu ofert

³⁶zmienione zarządzeniem nr 19/2017/DSOZ z 15 marca 2017 r.

³⁷Dalej zarządzenie nr 22/2018/DSOZ

³⁸na stronie internetowej oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Oddziału

wyboru ofert). Do składu każdej komisji dyrektor Oddziału zarządzeniem powołała m.in. 5 osób posiadających tytuł magistra pielęgniarstwa, jedną posiadającą tytuł magistra farmacji i jedną posiadającą tytuł magistra fizjoterapii. W składach komisji brak było osób posiadających wyższe wykształcenie i tytuł zawodowy magistra w dziedzinie nauk prawnych lub ekonomicznych³⁹. Przepis § 6 ust. 2 rozporządzenia w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składanie ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy wskazywał jedynie na możliwość zapewnienia („dyrektor zapewnia w miarę możliwości...”) w składzie komisji osób posiadających co najmniej wyższe wykształcenie i tytuł zawodowy magistra w dziedzinie nauk prawnych lub ekonomicznych.

(akta kontroli str. 719-721, 901-984, 985-1026, 1088-1118, 1123-1132, 1368-1373)

W każdym z trzech postępowań złożono po 1 ofercie, każda z ofert była przedmiotem posiedzeń powołanych w Oddziale komisji konkursowych.

Oferty złożone w objętych badaniem postępowaniach były kompletne i spełniały wymogi udzielania świadczeń, zgodnie z załącznikiem nr 2 określającym szczegółowe kryteria wyboru ofert wraz z wyznaczającymi je warunkami oraz przypisaną im wartością w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (pkt 10 dla geriatry) rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁴⁰.

Potwierdzeniem weryfikacji oferentów we wszystkich trzech przypadkach były sporządzone przez komisje protokoły weryfikacji, zawierające odniesienia do warunków wymaganych w zakresie sprzętu i aparatury medycznej, dostępności badań lub procedur medycznych, warunków dodatkowo ocenianych i pakietu onkologicznego⁴¹.

Nie miały miejsca przypadki modyfikacji ofert przez oferentów, wbrew zakazowi wynikającemu z § 5 ust. 1 rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W badanych postępowaniach nie miały miejsca przypadki odrzucenia ofert. W żadnym z postępowań objętych badaniem nie wniesiono protestu do komisji konkursowej, ani odwołania do dyrektora Oddziału.

(akta kontroli str. 866-900, 901-1026, 1088-1118, 1368-1373)

We wszystkich postępowaniach objętych badaniem wartość wskazana w informacji o rozstrzygnięciu postępowania i w wniosku o zawarcie umów była zgodna z planem postępowań konkursowych na 2018 r. Treść umów objętych badaniem odpowiadała tej określonej w załączniku nr 2 a do zarządzenia 22/18/DSOZ Prezesa NFZ (wzór umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna).

(akta kontroli str. 71-74, 79-94, 848-865, 866-903, 945,987, 1082-1087, 1278-1281)

1.5. W okresie objętym kontrolą Oddział realizował 13 umów zawartych ze świadczeniodawcami, między innymi w zakresie geriatry. Szczegółowym badaniem objęto 4 aneksy do umów na świadczenia w rodzaju świadczenia

³⁹ Zgodnie z przepisem § 6 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 22 grudnia 2014 r. w sprawie w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy (Dz. U. z 2018 r. poz. 1897) – uchylone z dniem 22 października 2020 r.

⁴⁰ Rozporządzenie 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)

⁴¹ Zgodnie z przepisem §17 ust. 2 ww. rozporządzenia

ambulatoryjne⁴². W okresie zawierania aneksów obowiązywało zarządzenie nr 265/2015 Dyrektora Oddziału z 10 sierpnia 2015 r. w sprawie Procedury dokonywania zwiększeń kwot zobowiązania Oddziału Funduszu wobec świadczeniodawców z tytułu realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z którym (oraz zgodnie z regulaminem organizacyjnym Oddziału) zadania dotyczące przygotowania wniosku o zwiększenie kwoty zobowiązania Oddziału wobec świadczeniodawców realizacji umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej wykonywał Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej. Wnioski o zawarcie aneksu zwiększającego wartość świadczeń zawierały dane świadczeniodawców, których zwiększenie miało objąć, kwotę zwiększenia oraz okres objęty zmianą. W okresie objętym kontrolą Oddział przygotował 8 wniosków o zwiększenie świadczeń geriatrycznych w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Zawarcie aneksów objętych badaniem poprzedziło sporządzenie wniosków do Dyrektora Oddziału⁴³. W celach określonych w obu wnioskach wskazano na sfinansowanie świadczeń udzielonych w danym okresie, a tym samym poprawę dostępności świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Wniosek z 20 września 2018 r. dotyczył zwiększenia dla podmiotu świadczącego usługi w rodzaju AOS⁴⁴ o 848,24 zł (o 922 pkt), wniosek z 27 listopada 2019 r. dotyczył zwiększenia dla 3 podmiotów objętych badaniem na kwotę 6.242,94 zł (łącznie o 6.432 punkty)⁴⁵. Metodologię obliczania liczby świadczeń (punktów objętych aneksem) i wartości punktów zawierały plany zakupu świadczeń odpowiednio na rok 2018 (cena jednostkowa punktu dla umów niewygasających – bez zmian w stosunku do IV kwartału 2017 r., a wartość umów w rodzaju AOS została ustalona na poziomie symulacji wartości umów w rodzaju AOS w IV kwartale 2017 r.) Zgodnie z zapisami w planie zakupu świadczeń na 2019 r. w odniesieniu do podstawowych zakresów świadczeń podstawą ustalenia było zapewnienie rzeczywistej realizacji świadczeń, nie większej niż wartość umowy z 2018 r., wg stanu na 1.10.2018 r., a w odniesieniu do świadczeń pierwszorazowych – zapewnienie rzeczywistej realizacji świadczeń, nie mniejszej niż poziom umowy, wg stanu na 1.10.2018 r.

(akta kontroli str. 358-364, 412-427, 503-529, 626-628, 1123-1127, 1327-1367)

W każdym z aneksów objętych badaniem ustalono liczbę świadczeń i cenę za punkt oraz wartość kontraktu w okresie przewidzianym w aneksie do umowy. Potencjał świadczeniodawców nie był weryfikowany z uwagi na fakt, iż aneksy dotyczyły zapłaty za świadczenia zrealizowane. W okresie objętym kontrolą w przypadku umów i aneksów objętych badaniem nie miały miejsca nadwykonania.

(akta kontroli str. 358-364, 400-411, 412-427, 503-528, 1209-1246)

Stwierdzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

Proces udzielania świadczeń był zorganizowany w Oddziale w sposób prawidłowy. Poprzez organizację konkursów na realizację świadczeń w zakresie geriatry Oddział zapewnił dostęp do nich na terenie 5 z 6 subregionów. W każdym roku objętym

⁴² aneks nr 43_ZW/8M z 20 września 2018 r. (Poznański Ośrodek Specjalistycznych Usług Medycznych), aneks nr /43_10M z 5 grudnia 2019 r. (Szpital Powiatowy im. A. Sokolowskiego w Złotowie), aneks nr /43_10M z 5 grudnia 2019 r. (Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego UM im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu), aneks nr /43_10M z 5 grudnia 2019 r. (Poznańskie Ośrodek Specjalistycznych Usług Medycznych)

⁴³ Wniosek z 20 września 2018 r. i z 27 listopada 2019 r. (za okres styczeń – październik 2019 r.)

⁴⁴ Poznański Ośrodek Specjalistycznych Usług Medycznych

⁴⁵ Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu – zwiększenie o 692 pkt, 705,84 zł, Szpital Powiatowy im. A. Sokolowskiego w Złotowie zwiększenie o 2.563 pkt, 2.614,26 zł, Poznański Ośrodek Specjalistycznych Usług Medycznych zwiększenie o 3.177 pkt, 2.922,84 zł.

kontrolą miał miejsce wzrost zarówno realizacji i wartości świadczeń, jak też liczby pacjentów, którzy skorzystali z udzielonych świadczeń (poza 2020 r. na co mogła mieć wpływ epidemia covid-19). W kontrolowanym okresie Oddział monitorował poziom wykonania umów przez świadczeniodawców, co skutkowało pokryciem kosztów świadczeń w wartościach wykonanych. Miało miejsce również skrócenie średniego czasu oczekiwania na świadczenia geriatryczne w województwie (przypadki stabilne) z 17 do 6 dni. NIK pozytywnie ocenia podjęte przez Oddział działania mające na celu sfinansowanie wszystkich świadczeń geriatrycznych, również z warunkach niskiej zgłaszalności pacjentów na wizyty. NIK zauważa, że na realizację zadań Oddziału pozytywny wpływ mogłoby mieć nawiązanie współpracy z konsultantem wojewódzkim, czy też z innymi podmiotami posiadającymi wiedzę o możliwościach poszerzenia oferty w zakresie geriatry.

2. Realizacja świadczeń z zakresu geriatry.

Opis stanu faktycznego

2.1. Wykonanie⁴⁶ świadczeń w rodzaju AOS z zakresu geriatry przedstawiało się następująco:

- w 2017 r. wyniosło 45 279,46 punktów, 130 449,87 zł, co stanowiło odpowiednio: 44% i 42% wartości planowanych⁴⁷;
- w 2018 r. wyniosło 196 697 punktów, 189 754,57 zł, co stanowiło odpowiednio: 45% i 44% wartości planowanych⁴⁸;
- w 2019 r. wyniosło 349 790,62 punktów, 346 976,97 zł, co stanowiło 58% wartości planowanych⁴⁹;
- w 2020 r. wyniosło 251 245,91 punktów, 250 108,05 zł, co stanowiło 59% wartości planowanych⁵⁰;
- w 2021 r. według stanu na 30 czerwca 2021 r. wyniosło 98 760,10 punktów, 96 521,46 zł.

(akta kontroli: 163-164, 229-231, 235)

W badanym okresie wykonanie⁵¹ świadczeń geriatrycznych w rodzaju AOS, w odniesieniu do roku poprzedniego (w ujęciu wartościowym) było zmienne, tj. w 2018 r. i w 2019 r. wzrosło odpowiednio o: 45,46% i 82,86%, a w 2020 r. było niższe o 27,92%.

(akta kontroli: 163-164, 229-232)

Wartość wykonanych świadczeń w rodzaju LSZ z zakresu geriatry, wyniosła w 2017 r. 3 351 622,26 zł, w 2018 r. 3 252 627,24 zł, w 2019 r. 3 997 920,59 zł, w 2020 r. 3 257 352,38 zł, a w I półroczu 2021 r. 1 255 861,98 zł.

Ze względu na fakt, że świadczenia LSZ z ww. zakresu od 1 października 2017 r. były finansowane w formie ryczałtu systemu zabezpieczenia, niemożliwe jest przedstawienie dynamiki wykonania planu świadczeń geriatrycznych (według wartości umów) w zakresie LSZ. W badanym okresie wykonanie⁵² świadczeń geriatrycznych w rodzaju LSZ w odniesieniu do roku poprzedniego było zmienne, tj. w 2018 r. wzrosło o 267,38%⁵³, w 2019 r. wzrosło o 22,91%, a w 2020 r. było niższe o 23,50%.

(akta kontroli: 161-162, 229-231, 232)

⁴⁶ Według raportów rzeczywistych (bez błędów) od świadczeniodawców.

⁴⁷ Tj. wartości umów zawartych ze świadczeniodawcami wraz z ugodami.

⁴⁸ Tj. wartości umów zawartych ze świadczeniodawcami wraz z ugodami.

⁴⁹ Tj. wartości umów zawartych ze świadczeniodawcami wraz z ugodami.

⁵⁰ Tj. wartości umów zawartych ze świadczeniodawcami wraz z ugodami.

⁵¹ Według raportów rzeczywistych (bez błędów) od świadczeniodawców.

⁵² Według raportów rzeczywistych (bez błędów) od świadczeniodawców.

⁵³ W 2017 r. w związku z wprowadzeniem psz nastąpiła zmiana wyceny punktu rozliczeniowego, co wpłynęło na ich wielokrotnienie.

W okresie objętym kontrolą, w przypadku 2 świadczeniodawców w rodzaju leczenie szpitalne (w 2017 r.), miało miejsce wykonanie usług w wartościach niższych niż wynikające z umowy, łącznie o 4.873,44 zł: w jednym przypadku wartość niewykonania wyniosła 603,20 zł⁵⁴, w przypadku drugiego świadczeniodawcy niewykonanie wyniosło 4.270,24 zł⁵⁵.

(akta kontroli str. 383-386)

W przypadku świadczeń w rodzaju AOS w 2017 r. 6 świadczeniodawców nie wykonało świadczeń o łącznej wartości 179.070,67 zł, z zaplanowanych w umowach 293.885,84 zł⁵⁶, co stanowiło 60,9% wartości umów zawartych w tymi świadczeniodawcami.

W przypadku świadczeń w rodzaju AOS w 2018 r. 7 świadczeniodawców nie wykonało świadczeń o łącznej wartości 255.013,91 zł, z zaplanowanych w umowach 353.253,67 zł⁵⁷, co stanowiło 72,2% wartości umów zawartych w tymi świadczeniodawcami.

W przypadku świadczeń w rodzaju AOS w 2019 r. 8 świadczeniodawców nie wykonało świadczeń o łącznej wartości 265.295,56 zł, z zaplanowanych w umowach 573.298,83 zł⁵⁸, co stanowiło 46,27% wartości umów zawartych w tymi świadczeniodawcami.

W przypadku świadczeń w rodzaju AOS w 2020 r. 7 świadczeniodawców nie wykonało świadczeń o łącznej wartości 180.046,12 zł, z zaplanowanych w umowach 422.379,94 zł⁵⁹, co stanowiło 42,63% wartości umów zawartych w tymi świadczeniodawcami.

W przypadku świadczeń w rodzaju AOS w okresie od stycznia do czerwca 2021 r. 6 świadczeniodawców nie wykonało świadczeń o łącznej wartości 121.467,53 zł, z zaplanowanych w umowach 187.682,88 zł, co stanowiło 64,72% wartości umów zawartych w tymi świadczeniodawcami.

(akta kontroli str. 383-386)

Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że w przypadku braku realizacji przez świadczeniodawcę usług wzywano podmioty do przesłania raportów statystycznych, w przypadku ich realizacji - do złożenia wyjaśnień oraz do podjęcia wskazanych świadczeń; w przypadku braku realizacji świadczeń prowadzone było postępowanie wyjaśniające w celu ustalenia przyczyn. Z uzyskiwanych od świadczeniodawców wyjaśnień wynika, że głównym powodem niesprawozdawania przez nich świadczeń jest niezgłaszanie się pacjentów na wizyty, co w efekcie skutkowało niewykonaniem świadczeń. Braku zgłaszania się pacjentów na wizyty – w opinii Dyrektora Oddziału - należy upatrywać w korzystaniu przez pacjentów geriatrycznych (borykających się zazwyczaj z szeregiem różnych schorzeń) ze świadczeń poradni specjalistycznych ukierunkowanych na prowadzenie danego schorzenia lub w przypadkach chorób przewlekłych z usług lekarza POZ w ramach kompleksowej koordynacji procesu leczenia. Dyrektorka dodała, że Oddział zauważając potrzebę wzmocnienia wiedzy seniorów w obszarze opieki zdrowotnej i przekazania im informacji o oferowanych świadczeniach gwarantowanych zrealizował (od maja 2019 do sierpnia 2020 r.) projekt pn. „Działalność informacyjno-konsultacyjna poza siedzibą NFZ – „NFZ

⁵⁴ Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Dziekanek” im. A. Piotrowskiego w Gnieźnie; wartość w umowie 1.406.080 zł, faktycznie zrealizowano 1.405.478 zł, kwota niewykonania 603,20 zł

⁵⁵ Zespół Opieki Zdrowotnej Ostrów Wielkopolski; wartość umowy 1.113. 424 zł, faktycznie wykonano 1.109.153,76 zł, kwota niewykonania 4.270,24 zł

⁵⁶ Wartości umów i ugód

⁵⁷ Wartości umów i ugód

⁵⁸ Wartości umów i ugód

⁵⁹ Wartości umów i ugód

w pigułce”, który skierowany był do grupy seniorów, a spotkania odbywały się głównie z klubach i kołach emerytów oraz instytucjach świadczących usługi dla seniorów.

(akta kontroli str. 373-377)

W kwestii wykonania w poszczególnych latach świadczeń w mniejszej liczbie niż określone w umowach, Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że świadczenia w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna są zabezpieczone w oparciu o umowy wieloletnie, z okresem obowiązywania do 30 czerwca 2022 r., a umowy w rodzaju leczenie szpitalne obowiązują do 31 grudnia 2021 r.; wśród podejmowanych działań było systematyczne monitorowanie realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a w przypadku braku realizacji świadczeń – wyjaśnianie przyczyn ze świadczeniodawcami. Ponadto Zastępca Dyrektora Oddziału wskazała, że podmioty realizują świadczenia w poradniach geriatrycznych, co potwierdzały sprawozdawane raporty statystyczne za poszczególne okresy rozliczeniowe (świadczenia w zakresie geriatryi zakres podstawowy i świadczenia pierwszorazowe – zakres skojarzony) oraz przyjęte zasady aneksowania umów wieloletnich w latach 2017-2021, z których wynika, że u wszystkich realizatorów umów w rodzaju AOS w zakresie geriatryi (z wyjątkiem jednego⁶⁰) nastąpiło obniżenie wartości zawartych kontraktów w tym okresie od 7,6% do 65,95%.

Korespondencja z pięcioma świadczeniodawcami. dotycząca obowiązku przesyłania raportów, zawierała każdorazowo wyjaśnienia dotyczące przyczyn braku realizacji świadczeń. Oddział zobowiązywał podmioty do ich realizacji.

(akta kontroli str. 367- 373, 387-399, 1123-1131)

Zgodnie z regulaminem organizacyjnym Oddziału, zadania związane z monitorowaniem realizacji umów ze świadczeniodawcami wykonywał Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej⁶¹, do którego obowiązków należało m.in. monitorowanie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie umów, oraz gromadzenie i przetwarzane informacji o świadczeniach. W wydziale sporządzano kwartalne zestawienia poziomu realizacji umów, wg zakresów świadczeń, z uwzględnieniem rodzaju świadczeń sprawozdawanych, gromadzono i weryfikowano informacje o liczbie osób oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej i czasie oczekiwania. Na potrzeby monitorowania umów sporządzano m.in. zestawienia kwartalne z poziomu realizacji umów wg zakresów świadczeń, z uwzględnieniem rodzaju sprawozdawanych świadczeń weryfikowano i analizowano informacje o liczbie osób oczekujących.

(akta kontroli: str. 261-364, 1250-1277)

Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej w okresie objętym kontrolą prowadził miesięczne (w 2017 r.) i kwartalne (w pozostałym okresie) analizy poziomu realizacji świadczeń (jakościowe i ilościowe)⁶², w odniesieniu do planów rzeczowo-finansowych, stanowiących załącznik do zawartych w Oddziale umów. Na podstawie obowiązującego zarządzenia nr 265/2015 Dyrektora Oddziału⁶³ po dokonaniu analiz Wydział opracowywał wnioski do Dyrektora Oddziału o sfinansowanie świadczeń medycznych udzielanych przez świadczeniodawców, na podstawie potwierdzonych poziomów realizacji świadczeń.

(akta kontroli str. 400-519, 1247-1249, 1253)

⁶⁰ Poznański Ośrodek Specjalistycznych Usług Medycznych

⁶¹ Sekcja Planowania i Monitorowania w Wydziale

⁶² Na podstawie wzorcowego zakresu informacji zaakceptowanego przez Dyrektora Oddziału przy piśmie WSOZ.425.333.2015

⁶³ Z 10 sierpnia 2015 r. w sprawie procedury dokonywania zwiększeń kwot zobowiązania Oddziału Funduszu wobec świadczeniodawców z tytułu realizacji umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej

W okresie objętym kontrolą wystosowano również do świadczeniodawców komunikaty:

- z 17 marca 2017 r. oraz pismo z 17 maja 2017 r. przypominające o postanowieniach Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o konieczności przestrzegania proporcjonalnego do upływu czasu sposobu podziału ilości kontraktowanych świadczeń w sposób adekwatny do okresów sprawozdawczych,
- z 23 lipca 2018 r. dla świadczeniodawców realizujących świadczenia w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna dotyczący realizacji umowy poniżej wielkości kontraktu przy jednoczesnym zgłaszaniu kolejek oczekujących,
- z 14 września 2018 r. dla świadczeniodawców w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna dotyczący zapewnienia pacjentom pierwszorazowym dostępu do świadczeń specjalistycznych.

(akta kontroli str. 1257-1260, 1274-1277)

Szczegółowym badaniem objęto sposób monitorowania poziomu wykonania umów zawartych z 3 świadczeniodawcami: [REDAKTOWANE]

[REDAKTOWANE]⁶⁴65, [REDAKTOWANE]⁶⁶ 67 i Szpitalem Klinicznym Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu⁶⁸. W całym okresie obowiązywania umów Oddział prowadził analizy wykonania świadczeń przez te podmioty. Przy wykorzystaniu danych z systemu informatycznego KS-SIKCH prowadzono analizy: liczby pacjentów, którym udzielono świadczenia w poradniach geriatrycznych, ze wskazaniem dalszego trybu postępowania, średniej liczby porad przypadającej na 1 pacjenta oraz liczby udzielonych porad z podziałem na tryb świadczenia (specjalistyczne oraz pierwszorazowe). Analizy służyły także określeniu adekwatności poziomu zabezpieczenia świadczeń. Poziom kontraktowania umów (w zakresie świadczeń specjalistycznych i pierwszorazowych) dla 3 podmiotów objętych badaniem w 2020 r. wynikał z założeń ustalonych w planie zakupu świadczeń w 2019 r., w oparciu o rzeczywiste wykonanie świadczeń przez każdego ze świadczeniodawców⁶⁹.

(akta kontroli str. 375-377, 389-392, 717-721, 722-734, 735-750, 770-785, 819)

Analizy wskazywały na niewykonanie przez wymienionych wyżej 3 świadczeniodawców w rodzaju AOS objętych badaniem świadczeń w wielkościach określonych w umowach na lata 2017-2021.

„E [REDAKTOWANE]”⁷⁰ w 2017 r. nie wykonał 3,4% wartości umowy, w 2018 r. wartość umowy była niższa od tej z poprzedniego roku o 83%, niewykonanie wyniosło poniżej 1 zł. W 2019 r. niewykonanie wyniosło 56,6% wartości umowy, a w 2020 r. 70,5 % wartości umowy, mimo obniżenia wartości umowy w stosunku do 2019 r. o ponad połowę (z 66.328,32 zł do 28.899,44 zł).

⁶⁴ 150009135/02/1/0124/4/18/18 (2018 r.) i 150009135/02/1/0131/4/19/19

⁶⁵ NIK dokonała anonimizacji ze względu na ochronę interesu przedsiębiorcy (art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 2176 ze zm.).

⁶⁶ 150009178/02/1/0428/0/17/17

⁶⁷ NIK dokonała anonimizacji ze względu na ochronę interesu przedsiębiorcy (art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 2176 ze zm.).

⁶⁸ 150000067/02/1/0429/0/17/17

⁶⁹ Zgodnie z algorytmem JEŻELI wykonanie (>=85%I<100%);(<85%I>50%TO BEZ ZMIAN%);(<50%TO50%)

⁷⁰ NIK dokonała anonimizacji ze względu na ochronę interesu przedsiębiorcy (art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 2176 ze zm.).

„O-”⁷¹ w 2018 r. nie wykonał 73,4% wartości umowy, mimo tego w 2019 r. wartość umowy wyniosła 183% tej z poprzedniego roku, a niewykonanie wyniosło poniżej 77,3% zł. W 2020 r. zwiększono kwotę umowy o 26% w stosunku do roku poprzedniego, a niewykonanie wyniosło 72% wartości umowy.

Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu nie wykonał w 2017 r. świadczeń w rodzaju AOS o wartości 94,5% wartości umowy z tym podmiotem, w 2018 r. nie wykonał 92% umowy, w 2019 r. nie wykonał 82,55% wartości umowy, a w 2020 r. nie wykonał 86% wartości umowy.

(akta kontroli str. 383-386, 719-784)

Ustalanie wartości umów w zakresie geriatry odbywało się na zasadach zapisanych w planach zakupów świadczeń na lata 2017, 2018, 2019, 2020 i 2021. W Planie zakupu świadczeń na 2017 r. zawarto zasadę, zgodnie z którą w przypadku realizacji świadczeń przekraczającej 90% wartości określonej łącznie dla wszystkich rodzajów świadczeń dla danego świadczeniodawcy w okresie od stycznia do kwietnia br. wartość umowy od 1 lipca 2017 r. do 30 września 2017 r. stanowić będzie ½ wartości pierwotnej umowy, tj. wartości umowy obowiązującej w okresie od 1.01.2017 r. do 30.06.2017 r. W okresie rozliczeniowym od 1.10.2017 r. do 31.12.2017 r. podstawę ustalenia wartości umowy na III kwartał 2017 r. stanowi wielkość środków finansowych umowy ustalona ze świadczeniodawcą na III kwartał br. Po wprowadzeniu zmian wynikających z zarządzenia nr 62/2017/DSOZ Prezesa NFZ. W okresie styczeń – czerwiec 2018 r. wartość umów w rodzaju AOS w planie zakupu świadczeń została ustalona na poziomie symulacji wartości w rodzaju AOS w IV kwartale 2017 r. W okresie od 1 lipca do 31 grudnia 2018 r. propozycja finansowa odpowiadała pierwotnej wartości umów z I półrocza 2018 r. symulowanej za okres 6 miesięcy. W 2019 r. w planie zakupu świadczeń zawarto zasadę, wg której w odniesieniu do podstawowych zakresów świadczeń i świadczeń pierwszorazowych wartość umowy miała zapewnić rzeczywistą realizację świadczeń, nie większą niż wartość umów roku 2018 (wg stanu na 1.10.2018 r.). W planie zakupu świadczeń na 2020 r. zawarto zasadę zapewnienia finansowania w oparciu o wartość umów określoną na IV kwartał 2019 r. z uwzględnieniem poziomu realizacji w I półroczu 2019 r. i z jednoczesną symulacją tych wartości na okres 12 miesięcy. Przyjęto następujące progi ustalenia wartości umów w zależności od poziomu ich realizacji: jeśli poziom realizacji umowy w I półroczu 2019 r. jest większy lub równy 85% i jest mniejszy lub równy 100%, to propozycja planu finansowego w odniesieniu do tego zakresu na 2020 r. odpowiada 100% wartości umowy w tym zakresie za IV kwartał 2019 r. z symulacją na 12 miesięcy. Jeśli wykonania umowy w I półroczu 2019 r. były mniejsze lub równe 85% i większe lub równie niż 50% to propozycja planu rzeczowo-finansowego w odniesieniu do tego zakresu na 2020 r. odpowiadała poziomowi jego wykonania w I półroczu 2019 r. w odniesieniu do wartości umowy ustalonej na IV kwartał 2019 r. (symulowanej na 12 miesięcy). Jeśli wykonanie umowy w I półroczu 2019 r. było mniejsze niż 50%, ale większe niż 0 to propozycja planu rzeczowo-finansowego w odniesieniu do tego zakresu na rok 2020 miała wynosić 50% wartości umowy w tym zakresie za IV kwartał 2019 r. (symulowanej na 12 miesięcy). Kontraktowanie wg algorytmów zawartych w planach zakupu świadczeń miało miejsce w przypadku umów objętych szczegółowym badaniem. Na 2021 r. przyjęto zasadę zapewnienia finansowania w oparciu o przyjęte do obliczeń wartości umowy z grudnia 2020 r. (po uwzględnieniu zmian).

⁷¹ NIK dokonała anonimizacji ze względu na ochronę interesu przedsiębiorcy (art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 2176 ze zm.).

(akta kontroli str. 1474-1623)

Jak wyjaśniła Zastępca Dyrektora Oddziału, przyjęcie jako podstawy ustalania planów rzeczowo-finansowych wartości umów za grudzień 2020 r. spowodowane było brakiem możliwości dokonania prawidłowej oceny poziomu realizacji świadczeń, ze względu na ograniczoną zgłaszalność się pacjentów do poradni, z powodu zagrożenia epidemicznego covid-19. Brak sprawozdawczości z tytułu realizacji świadczeń pierwszorazowych mógł być wynikiem obawy przed transmisją zakażenia covid-19, dodatkowo nie było możliwości korzystania z udzielania świadczeń za pomocą systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności (możliwości realizacji teleporady wyłącznie w przypadku pacjenta będącego w ciągłości leczenia). Dodała, że wypracowane założenia miały na celu efektywne gospodarowanie środkami oraz przeciwdziałanie ograniczeniu dostępności świadczeń. Wskazała również na ograniczoną liczbę lekarzy specjalistów w dziedzinie geriatry oraz brak możliwości zabezpieczenia świadczeń dla każdego powiatu, stąd w interesie ubezpieczonych i płatnika było stworzenie możliwości realizacji świadczeń w większej liczbie niż wskazywałby poziom realizacji.

(akta kontroli str. 1123-1129)

W celu ustalenia przyczyn braku sprawozdań z realizowanych świadczeń pierwszorazowych przez dwóch pierwszych świadczeniodawców w 2021 r. Oddział prowadził postępowania wyjaśniające; w ich wyniku ustalono, iż oba podmioty nie wykonywały świadczeń pierwszorazowych z powodu niezgłaszania się nowych pacjentów na wizyty w tym czasie.

(akta kontroli str. 367-373, 389-392, 719-819, 1253)

Dyrektora Oddziału wyjaśniła, że nie prowadzono postępowań wyjaśniających w sprawie realizacji świadczeń geriatrycznych poniżej zakontraktowanej wartości z uwagi na brak osób oczekujących na świadczenie w kategorii medycznej „przypadek pilny” oraz występowanie pojedynczych osób oczekujących na udzielenie świadczenia w kategorii przypadek stabilny, jak również z uwagi na sprawozdawanie przez świadczeniodawców zarówno w zakresie podstawowym (świadczenia w zakresie geriatry) jak i skojarzonym (świadczenia w zakresie geriatry – świadczenia pierwszorazowe) w raportach statystycznych. Świadczeniodawcy zgodnie z § 20 i § 21 ogólnych warunków umów mieli możliwość złożenia wniosku celem dokonania zmian w umowach, polegających na zwiększeniu kwoty zobowiązania ustalonej dla jednego lub kilku rodzajów świadczeń i jednoczesnym zmniejszeniu kwoty zobowiązania za ten kwartał ustalonej dla pozostałych rodzajów świadczeń lub zmiany zawartej umowy, polegającej na zwiększeniu kwoty ustalonej dla jednego lub kilku zakresów świadczeń przy jednoczesnym zmniejszeniu kwoty zobowiązania za ten kwartał, ustalonej dla pozostałych zakresów świadczeń.

(akta kontroli str. 367-377, 1123-1131, 1250-1252)

Raporty statystyczno- medyczne przesyłane przez świadczeniodawców podlegały automatycznej walidacji, zdefiniowanej przez Centralę NFZ, na podstawie reguł walidacji wdrożonych do funkcjonującego w Oddziale systemu informatycznego. Pozytywna walidacja raportów skutkowała importem do systemu informatycznego, który automatycznie weryfikował je po zaimportowaniu. Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że po zakończeniu okresu rozliczeniowego przeprowadza się weryfikację wsteczną, obejmującą wszystkie raporty statystyczne, w oparciu o aktualne na dzień tej weryfikacji parametry.

W instrukcji oprogramowania (moduł 34), w załączniku nr 3 „Opis problemów walidacji (importu) komunikatów statystycznych” zestawiono reguły walidacji danych zawartych w sprawozdaniach nadsyłanych przez wszystkich świadczeniodawców;

instrukcja użytkownika systemu zawierała m.in. listę kodów błędów wraz z opisem genezy błędu. Weryfikacja centralna (procedura podstawowa i kontrolna) oraz funkcjonująca w Oddziale procedura sprawdzeń sprawozdań działały w oparciu o macierze weryfikacyjne, wskazujące zakres lub parę: zakres –świadczenie, podlegające weryfikacji, pozwalające na wykazanie błędów w przesyłanych przez świadczeniodawców sprawozdaniach. Nie ustalono odrębnych reguł dla weryfikacji i walidacji danych dotyczących świadczeń geriatrycznych.

(akta kontroli str. 365-366, 376-377, 530-591)

Jak wynika z raportów sprawdzeń 3 świadczeniodawców udzielających świadczeń geriatrycznych objętych szczegółowym badaniem⁷² w okresie objętym kontrolą nie przesłało raportów w zakresie podstawowym i skojarzonym, co świadczyło o braku realizacji świadczeń w okresach: czerwiec- wrzesień 2017 r., październik-grudzień 2017 r., styczeń 2018 r. kwiecień, maj i lipiec 2020 r. styczeń, luty i czerwiec 2021 r.⁷³, drugi nie przesłał raportów za wrzesień 2018 r., grudzień 2020 r. i styczeń-kwiecień 2021 r.⁷⁴, a trzeci za lipiec i grudzień 2017 r., luty 2018 r. kwiecień, czerwiec i grudzień 2020 r., styczeń, luty, kwiecień, maj i czerwiec 2021 r.⁷⁵.

Jednym z parametrów raportów tych świadczeniodawców była zgodność z umową, w okresie objętym kontrolą nie stwierdzono nieprawidłowości w tym zakresie.

(akta kontroli: str. 1379-1384, 1385-1389)

Obowiązkiem świadczeniodawcy w ramach opieki geriatrycznej, na podstawie przepisu § 3 ust. 1 pkt 2 oraz załącznika nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego⁷⁶, jest zapewnienie świadczeń psychologa, fizjoterapeuty i wykonywania badań diagnostycznych u pacjentów hospitalizowanych. W okresie objętym kontrolą usługi w zakresie leczenia geriatrycznego w rodzaju lecnicztwo szpitalne świadczyły dwa podmioty (Wojewódzki Szpital dla Psychicznie i Nerwowo Chorych „Dziekanka” im. A. Piotrowskiego w Gnieźnie i Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Ostrów Wielkopolski). Przedstawiona do kontroli ocena spełniania wymagań dla realizacji świadczeń geriatrycznych przez oba podmioty wskazywała na zapewnianie opieki psychologów oraz fizjoterapeutów, dokumentowanie przeprowadzania oceny geriatrycznej przez lekarza geriatrę lub zespół konsultacyjny, dokumentowanie przez tych świadczeniodawców oceny stanu zdrowia kwalifikującej do świadczeń fizjoterapeutycznych⁷⁷ oraz prowadzenie dokumentacji dodatkowej – karty całościowej oceny geriatrycznej, dołączanej do historii choroby.⁷⁸ Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że ocena potencjału wykonawczego zawartego w systemie elektronicznym KS-SIKCH oraz oceny struktury organizacyjnej obu podmiotów leczniczych wskazuje na realizowanie świadczeń w zakresie geriatry z zapewnieniem dostępu do psychologa, fizjoterapeuty oraz z dostępem do badań diagnostycznych. Dyrektor dodała, że ocena geriatryczna pacjenta może być prowadzona nie tylko na oddziale geriatrycznym szpitala, lecz na każdym innym oddziale, w którym hospitalizowana jest osoba wymagająca świadczeń

⁷² Świadczeniodawcy działający w oparciu o umowy nr: 150009135/02/1/0124/4/18/18 (w 2018 r.) i 150009135/02/1/0131/4/19/19, nr 150009178/02/1/0428/0/17/17 i nr 150000067/02/1/0429/0/17/17

⁷³ świadczeniodawca działający na podstawie umów: 150000050/02/1/0430/0/17/17 i 150000050/03/8/0019/0/17/21

⁷⁴ świadczeniodawca działający na podstawie umów: 150000028/02/1/0162/1/18/18 i 150000028/02/1/0166/1/19/19

⁷⁵ świadczeniodawca działający na podstawie umowy nr 150003636/02/1/0134/0/12/16

⁷⁶ Dz. U. z 2021 r. poz. 290 ze zm.

⁷⁷ Na podstawie skali VES-13 (skala zaadoptowana przez Zespół Ekspertów ds. Gerontologii przy Ministerstwie Zdrowia. Standardy postępowania w opiece geriatrycznej. Gerontologia polska. Zalecenia i standardy postępowania z 2013 r.

⁷⁸ Wzory kart były zgodne ze załącznikiem nr 11a i nr 11b do zarządzenia nr 55/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 31 marca 2021 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalnie – świadczenia wyspospecjalistyczne

geriatrycznych, pod warunkiem zatrudniania przez podmiot leczniczy lekarza specjalisty w zakresie geriatry. Dyrektor Oddziału podała, że nie odnotowano zgłoszeń w zakresie ograniczania w dostępie do świadczeń psychologa, fizjoterapeuty czy ograniczenia w wykonywaniu badań diagnostycznych.

(akta kontroli str. 376-377, 593-603)

2.2. W strukturze Oddziału zgodnie z regulaminem organizacyjnym⁷⁹ funkcjonował Wydział Kontroli, do którego zadań należało m.in. prowadzenie postępowań w zakresie kontroli umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, a także przygotowywanie planów kontroli. Na podstawie zarządzenia nr 2093/2017 Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z 20 września 2017 r. zmieniającego zarządzenie nr 745/2017 z 3 kwietnia 2017 r. działał zespół do spraw opracowania rocznego planu kontroli na rok 2018 i lata następne⁸⁰. Obowiązywały zarządzenia: nr 45/2106/DK Prezesa NFZ z 15 czerwca 2016 r. w sprawie planowania, przygotowywania, przeprowadzania oraz realizacji wyników kontroli przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz nr 128/2017/DK Prezesa NFZ z 21 grudnia 2017 r. w sprawie kontroli prowadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Zgodnie z zarządzeniem nr 21/2015 Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z 20 marca 2015 r.⁸¹ komórki organizacyjne Oddziału miały w zakresie zadań zgłaszanie do Wydziału Kontroli propozycji do planów kontroli poprzez określanie czynników, obszarów wymagających kontroli, wskazywanie konkretnych podmiotów lub zakresów świadczeń, a do Wydziału Kontroli należało między innymi przygotowywanie planów kontroli. Na podstawie załącznika do zarządzenia nr 228/2019 Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z 14 czerwca 2019 r. regulamin organizacyjny został zmieniony – nie było w strukturze Oddziału komórki zajmującej się kontrolami umów o udzielanie świadczeń. Wynikało to przejęcia od 1 czerwca 2019 r. kompetencji w zakresie przeprowadzania kontroli realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Prezesa NFZ.

W sporządzonych w Oddziale na lata 2017-2019 (do maja) rocznych planach kontroli (wraz z aktualizacjami) nie zaplanowano kontroli w zakresie geriatry w rodzaju leczenia szpitalne, ani ambulatoryjnej opieki specjalistycznej; Oddział nie przeprowadzał kontroli dotyczących świadczeń opieki geriatrycznej.

(akta kontroli str. 7, 20-21, 32-33, 35-37, 237-357)

Dyrektor Oddziału podała, że w 2019 r. przeprowadzono dwie kontrole planowe realizacji umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, w zakresie: świadczenia dzienne psychiatryczne geriatryczne. Zgodnie z zapisami ustawy z dnia 21 lutego 2019 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw⁸² od dnia 1 czerwca 2019 r. kompetencje w zakresie przeprowadzania kontroli realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (w zakresie m.in. organizacji, sposobu i jakości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pod względem zasadności wyboru leków,

⁷⁹ Zarządzenie nr 21/2015 Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 marca 2015 r., ze zmianami

⁸⁰ utraciło moc z dniem 1 czerwca 2019 r. (zarządzenie nr 188/2019 i nr 189/2019 Dyrektora Oddziału uchylające zarządzenie w sprawie powołania zespołu do spraw opracowania rocznego planu kontroli na 2018 r. i lata następne)

⁸¹ zmienione zarządzeniami nr 54/2015 z 13 maja 2015 r., nr 87/2016 r. z 1 marca 2016 r., nr 547/2016 z dnia 21 listopada 2016r., nr 1417/2017 z dnia 12 kwietnia 2017r., nr 1268/2018 z dnia 31 grudnia 2018 r., nr 144/2019 z dnia 15 kwietnia 2019 r.

⁸² Dz. U. z 2019 r. poz. 399

środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych, stosowanych w profilaktyce, leczeniu, rehabilitacji i badaniach diagnostycznych; przestrzegania zasad wystawiania recept; posiadania uprawnień do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej do udzielania przez osoby wykonujące zawody medyczne) przejął Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia. (...) Oddział Funduszu realizował kontrole umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, które zostały rozpoczęte do dnia 31 maja 2019 r.

(akta kontroli str. 32-34, 35)

W zakresie braku planowania kontroli Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że w 2017 r. Oddział posiadał 6.324 umowy o świadczenia opieki zdrowotnej (4.142 świadczeniodawców), w 2018 r. posiadał 5.022 umów (4.040 świadczeniodawców), kontrolą przy tak znacznej liczbie umów może być objęta tylko część: w 2018 r. przeprowadzono 118 kontroli, w 2018 r. 147 kontroli, dodając, że kontrole oparte są o przesłanki ich celowości w postaci potencjalnych nieprawidłowości, co w przypadku umów obejmujących świadczenia geriatryczne nie miało miejsca. Dodała także, że w okresie opracowywania planów kontroli na lata 2017-2019 do Wydziału Kontroli nie wpłynęły sygnały o problemach, zgłoszenia/informacje o nieprawidłowościach czy też wnioski o przeprowadzenie kontroli dotyczące realizacji umów o świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie opieki geriatrycznej. W okresie od 1 października 2020 r. do 30 czerwca 2021 r. Oddział nie stwierdził przesłanek wnioskowania do Prezesa NFZ o przeprowadzenie kontroli u świadczeniodawców realizujących świadczenia w ramach zawartych umów o udzielanie świadczeń w zakresie geriatry.

(akta kontroli str. 237-251, 1278-1281)

2.3. W latach 2017-2021 (I półrocze) do Oddziału nie wpłynęły skargi dotyczące opieki geriatrycznej.

(akta kontroli: 7-8, 20, 38-39, 40-59)

2.4. W okresie objętym kontrolą, w przypadku dwóch świadczeniodawców w zakresie usług AOS wykazano wykonanie usług w wartości ponad limit ustalony w umowie. W przypadku świadczeniodawcy⁸³, który w 2017 r. wykonał świadczenia na wartość 23,28 zł powyżej umowy⁸⁴, Zastępca Dyrektora Oddziału wyjaśniła, że nierozliczone świadczenie specjalistyczne (W-11) dotyczyło okresu rozliczeniowego od 1 stycznia do 30 września 2017 r., kiedy to po rozliczeniu wszystkich świadczeń w tym okresie w limicie umowy pozostało 9,57 zł, co uniemożliwiło rozliczenie świadczenia o wartości 32,85 zł. Przedłożono ugodę KRZ/2017 do umowy z tym świadczeniodawcą dotyczącą zapłaty za niezapłacone świadczenia opieki zdrowotnej udzielone w okresie od października do grudnia 2017 r. W przypadku drugiego świadczeniodawcy, którego dotyczyło wykonanie (w I półroczu 2021 r.) ponad limit określony umową o wartości 2.866,55 zł⁸⁵ Zastępca Dyrektora Oddziału wyjaśniła, że powodem nieobjęcia tego świadczeniodawcy zwiększeniem do umowy było istniejące zobowiązanie zawarte w harmonogramie spłaty za 2020 r., powstałe wskutek rozliczania się rachunkami ryczałtowymi w wysokości 1/12. W związku z zarządzeniem nr 116/2021/DSOZ Dyrektora Oddziału świadczeniodawca po przekroczeniu wartości określonej na realizację świadczeń w umowie ma możliwość złożenia wniosku (po upływie

⁸³ NIK dokonała anonimizacji ze względu na ochronę interesu przedsiębiorcy (art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2020 r. poz. 2176 ze zm.).

⁸⁴ Świadczeniodawca C ██████████ zakontraktowało 15.578,42 zł, wykonano świadczenia o wartości 15.601,70 zł; różnica 23,28 zł

⁸⁵ Świadczeniodawca Poznański Ośrodek Specjalistycznych Usług Medycznych zakontraktował (świadczenia w zakresie geriatry i świadczenia w zakresie geriatryi pierwszorazowe) łącznie 27.158,40 zł, wykonano świadczenia o wartości 30.024,95 zł; różnica 2.866,55 zł

kwartału) na podstawie którego zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.

(akta kontroli str. 367-377, 382, 720-721)

2.5. Odnośnie problematyki barier dotyczących medycznej opieki geriatrycznej Zastępca Dyrektora Oddziału ds. Medycznych podała, że w województwie wielkopolskim świadczenia geriatryczne w ramach zawartych umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych realizuje 15 lekarzy z ww. specjalnością (...) oraz 3 pielęgniarki ze specjalizacją geriatryczną. Powyższe dane wskazują na znikomą liczbę osób personelu medycznego posiadającego tytuł specjalisty w ww. dziedzinie medycyny, co z kolei może być przyczyną braku składania ofert na ogłaszane przez WOW NFZ konkursy na zakontraktowanie świadczeń geriatrycznych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W latach 2012-2019 pięć postępowań zostało unieważnionych z powodu braku złożenia ofert. W kwestii działań podejmowanych w związku ze stwierdzonymi barierami Dyrektor wyjaśniła, że Oddział nie ma wpływu na kształcenie kadry medycznej, która warunkuje rozwój/dostępność do każdej dziedziny medycyny. Dodała, że w przyszłości będą podejmowane działania wspierające podmioty lecznicze w reorganizacji dostępu do łóżek internistycznych na rzecz przekształcenia tej bazy łóżkowej w część przeznaczoną dla osób starszych. Dyrektor nie wskazała jakie działania podejmowano w związku ze zdiagnozowanymi barierami w dostępie do świadczeń w zakresie geriatрії.

(akta kontroli: 61, 69-70)

Kwestię współpracy z konsultantem wojewódzkim do spraw geriatрії opisano w pkt 1.3. niniejszego wystąpienia pokontrolnego.

Stwierzone
nieprawidłowości

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

OCENA CZĄSTKOWA

W kontrolowanym okresie, w województwie wielkopolskim świadczenia w zakresie geriatрії realizowało jedynie 15 lekarzy i 3 pielęgniarki, co skutkowało ograniczonymi możliwościami Oddziału poszerzenia dostępności tych usług medycznych. Działania Oddziału wspierały kontynuację realizacji istniejących kontraktów, na podstawie zawartych umów długoletnich. Umowy były monitorowane, a ich nadzorowanie realizowano poprzez analizy m.in. wykonań, list osób oczekujących oraz raporty statystyczne, a stosowane w Oddziale instrumenty umożliwiały reagowanie na zmiany poziomu świadczeń w zakresie geriatрії, w kontekście treści umów. Niezaplanowanie oraz niewykonanie kontroli tych świadczeń pozbawiło jednak Oddział dodatkowego źródła informacji o wszelkich aspektach wykonywania objętych umowami świadczeń w zakresie leczenia geriatrycznego. NIK zauważa, że po zdiagnozowaniu przyczyn istniejących barier w zakresie dostępu do opieki geriatrycznej Oddział nie podejmował działań w celu sygnalizowania ich źródła podmiotom odpowiedzialnym, nie podjął również prób pozyskania informacji o ewentualnych świadczeniodawcach, którzy mogliby poszerzyć zakres świadczeń geriatrycznych.

IV. Wnioski

Wnioski

Wobec niestwierdzenia nieprawidłowości, Najwyższa Izba Kontroli nie formułuje wniosków.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Poznaniu. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

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

Poznań, 24 września 2021 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Poznaniu

Kontroler
Agnieszka Hofman
starszy inspektor kontroli państwowej

Dyrektor
z up. Tomasz Nowiński
p.o. Wicedyrektor

.....
podpis

.....
podpis