



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Delegatura we Wrocławiu

LWR-4101-012-01/2014  
P/14/118

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

## I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/14/118 Funkcjonowanie opieki paliatywnej i hospicyjnej na terenie województwa dolnośląskiego.
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura we Wrocławiu.
Kontrolerzy	Magdalena Barzęc, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 89793 z dnia 25 czerwca 2014 r. Renata Kojro, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 89797 z dnia 7 lipca 2014 r. <p style="text-align: right;">(dowód: akta kontroli str. 1-4)</p>
Jednostka kontrolowana	Dolnośląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia we Wrocławiu (dalej: DOW NFZ lub Oddział), ul. Joannitów 6, 50-525 Wrocław.
Kierownik jednostki kontrolowanej	Wioletta Niemiec - Dyrektor, od dnia 1 listopada 2009 r. i nadal. <p style="text-align: right;">(dowód: akta kontroli str. 5)</p>

## II. Ocena kontrolowanej działalności

### Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości<sup>1</sup>, realizację zadań przez Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia na terenie województwa dolnośląskiego w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej w latach 2012-2014 (I półrocze).

### Uzasadnienie oceny ogólnej

Formułując powyższą ocenę Najwyższa Izba Kontroli uwzględniła w szczególności: właściwe prowadzenie przez Oddział postępowań konkursowych na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej na lata 2012-2014, prawidłowy, zgodny z przepisami ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. *Kodeks postępowania administracyjnego*<sup>2</sup> (kpa) oraz rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 8 stycznia 2002 r. *w sprawie organizacji, przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków*<sup>3</sup>, sposób rozpatrywania skarg. Na pozytywną ocenę zasługuje także zwiększenie środków w planie finansowym na opiekę paliatywną. W planie finansowym na 2014 r. w stosunku do pierwotnego planu finansowego na 2011 r. zaplanowano środki o 50,19% wyższe, a w stosunku do pierwotnego planu finansowego na 2012 r. - wyższe o 7,47%. Pozytywnie należy ocenić również fakt, iż w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna nie wystąpiły przypadki nakładania się czasu pracy personelu medycznego.

Przygotowywanie projektów planów finansowych i planów zakupu na lata 2012-2014 odbywało się zgodnie z obowiązującymi przepisami, choć należy podkreślić, że ze względu na brak ustanowionych ogólnopolskich procedur dotyczących ustalania rzeczywistego kosztu udzielania świadczeń zdrowotnych (co było niezależne od DOW NFZ), planowanie zakupu świadczeń nie było oparte na racjonalnych, ekonomicznych przesłankach wynikających z rachunku kosztów.

<sup>1</sup> Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna.

<sup>2</sup> Dz. U. 2013.267.

<sup>3</sup> Dz. U. 2002.5.46.

Jako nieprawidłowe NIK uznaje przeprowadzenie w okresie 2012-2014 r. za ledwie jednej kontroli umów w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej. Oznacza to, że istnieje małe prawdopodobieństwo spełnienia wymogu ustalonego przez Prezesa NFZ poprzez zapis § 41 ust. 1 zarządzenia nr 23/2009/DSOZ z dnia 13 maja 2009 r., co do objęcia każdego świadczeniodawcy kontrolą raz na 5 lat oraz nadzoru nad świadczeniodawcami w niektórych zakontraktowanych rodzajach świadczeń. System kontroli w Oddziale jedynie w niewielkim stopniu pełnił funkcję prewencyjną i nie zapewniał dostatecznej ilości danych dla dokonania ogólnej oceny zakresu i jakości wykonywania tych umów na terenie województwa dolnośląskiego. Ponadto:

- DOW NFZ nie uwzględnił w konstruowanych dokumentach planistycznych (min. plany zakupu świadczeń) pełnej skali potrzeb mieszkańców województwa dolnośląskiego w zakresie badanych świadczeń zdrowotnych, co potwierdza duża skala nadwykonań odnotowana w każdym z kontrolowanych lat.
- Przyjęcie jako obszarów kontraktowania regionów obejmujących kilka powiatów lub obejmujących obszar województwa, przy jednoczesnym braku placówek świadczących usługi w opiece paliatywnej i hospicyjnej w części powiatów województwa dolnośląskiego, niemożność uzyskania takich świadczeń w miejscu zamieszkania świadczeniobiorcy, wymuszała ich poszukiwanie na terenie innych powiatów, bardziej odległych od miejsca zamieszkania pacjenta.
- Pomimo wskaźnika inflacji wynoszącego, począwszy od 2009 r. do 2013 r., 15%, DOW NFZ nie dokonał w tym okresie zmiany ceny jednostek rozliczeniowych obowiązujących przy realizacji produktów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna.
- Oddział wykorzystywał w niewielkim stopniu dostępne instrumenty prawne w zakresie współpracy z innymi podmiotami, współodpowiedzialnymi zgodnie z przepisami prawa, za dostępność i jakość opieki zdrowotnej na terenie województwa dolnośląskiego, tj. organami samorządów terytorialnych, Wojewodą, konsultantami wojewódzkimi.

### III. Opis ustalonego stanu faktycznego

#### 1. Ocena zapewnienia dostępności pacjentów do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej

Opis stanu faktycznego

1.1. Wymóg podejmowania współpracy OW NFZ z jednostkami zewnętrznymi w zakresie zapewnienia właściwej dostępności świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej wynikał z przepisów art. 107 ust.8 *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*<sup>4</sup>, który stanowi, że „dyrektor oddziału wojewódzkiego, wykonując zadania, o których mowa w ust. 5 ww. ustawy, współpracuje z organami jednostek samorządu terytorialnego, organizacjami świadczeniodawców i ubezpieczonych działającymi w danym województwie, w celu stałego monitorowania i zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych świadczeniobiorców na terenie danego województwa oraz prawidłowej realizacji zadań Funduszu”.

W latach 2012 - 2013 DOW NFZ nie zasięgał opinii konsultantów wojewódzkich w dziedzinie medycyny paliatywnej i hospicyjnej oraz nie nawiązywał współpracy z jednostkami samorządowymi w zakresie zapewnienia dostępności świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej (nie przedłożono dokumentów w tej sprawie). Z jednostkami

<sup>4</sup> Dz. U. 2008.164.1027 ze zm.

samorządowymi nie podjęto współpracy także w 2014 r. (I półrocze), tj. DOW NFZ nie przedłożył dokumentacji potwierdzającej taką współpracę. DOW NFZ nie otrzymywał raportów rocznych za 2012 r. i 2013 r. konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie medycyny paliatywnej.

(dowód: akta kontroli str. 80-89, 372-385)

Jak wyjaśnił z-ca dyrektora NFZ ds. mundurowych, współpraca z jednostkami samorządu terytorialnego odbywała się na bieżąco podczas spotkań roboczych dyrekcji DOW NFZ z Wojewodą Dolnośląskim, starostami powiatów województwa dolnośląskiego, Marszałkiem Województwa i prezydentami, burmistrzami miast, zarówno w siedzibie Oddziału, jak i w siedzibach urzędów administracji.

Jak wspomniano wyżej nie przedłożono dokumentów dotyczących współpracy w zakresie zapewnienia dostępności do świadczeń z jednostkami, które zostały wyszczególnione w powyższych wyjaśnieniach.

(dowód: akta kontroli str. 90-90d)

W 2014 r. (I półrocze) DOW NFZ podjął próbę współpracy z konsultantami wojewódzkimi w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego oraz medycyny paliatywnej. W dniu 20 maja 2014 r. do konsultantów zostały wysłane dwa pisma z prośbą o przedstawienie opinii i uwag dotyczących kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej w 2015 r. Wyznaczono termin udzielenia odpowiedzi do dnia 15 czerwca 2014 r. Do dnia zakończenia kontroli NIK, DOW NFZ nie otrzymał żadnych pism wskazujących na zainteresowanie powyższym tematem.

W latach 2012 - 2013 nie wpłynęły wnioski z jednostek służby zdrowia w sprawie świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej. W 2014 r. (I półrocze) wpłynęły 3 wnioski (np. wniosek Głogowskiego Szpitala Powiatowego Sp. z o.o. o zabezpieczenie środków finansowych na 2015 r. – DOW NFZ poinformował jednostkę o sposobie kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej).

(dowód: akta kontroli str. 80-89)

Jak wyjaśniła Dyrektor DOW NFZ, wpływająca korespondencja dotycząca opieki paliatywnej i hospicyjnej była na bieżąco analizowana, stanowiła przesłankę do tworzenia planu zakupów świadczeń na kolejny rok, zgłaszane przez oferentów/świadczeniodawców uwagi były rejestrowane.

(dowód: akta kontroli str. 80-89)

W latach 2012-2014 (I półrocze) DOW NFZ monitorował i analizował dostępność do świadczeń w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej we własnym zakresie (nie przedłożono do kontroli dokumentów w zakresie wspólnych konsultacji, analiz, spotkań czy w ramach grup roboczych z organami jednostek samorządu terytorialnego, administracji państwowej, zajmujących się sytuacją zdrowotną ludności w województwie dolnośląskim). Bieżące monitorowanie świadczeń odbywało się poprzez analizę przede wszystkim wskaźników finansowych min. wielkości realizacji świadczeń sprawozdawanych przez świadczeniodawców, wielkości nadwykonanych i niedowykonanych świadczeń, prognozowanej wielkości realizacji świadczeń, średnich nakładów na obszary kontraktowania i powiaty oraz wielkości tych nakładów odbiegających od średniej wojewódzkiej i krajowej, poziomu realizacji planu finansowego dla świadczeń w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna i wysokości aktualnych rezerw finansowych, a także liczby osób oczekujących na świadczenia związane z opieką paliatywną i hospicyjną.

(dowód: akta kontroli str. 80-89)

**1.2.** Umowy o świadczenia w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna zostały zawarte na okres od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2014 r. Obszarem kontraktowania na 2012 r. była grupa powiatów dla produktów: porada w poradni medycyny paliatywnej, świadczenia w hospicjum domowym. Obszarem kontraktowania było województwo dla produktów: świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci oraz świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym.

Podczas konstruowania planu zakupów tych świadczeń na 2013 r., DOW NFZ dokonał analizy, z której wynikało, że świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym dostępne będą w każdej grupie powiatów, określonych przez Odział jako obszary kontraktowania, tj. region wałbrzyski, wrocławski, jeleniogórski i legnicki. Dlatego zaproponowano zmianę obszarów kontraktowania na 2013 r. dla omawianego zakresu z województwa na grupy powiatów. Celem powyższej zmiany było wyrównanie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej i nakładów finansowych w poszczególnych regionach województwa.

Według stanu na 30 czerwca 2014 r. obszarem kontraktowania w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna była grupa powiatów, z wyjątkiem świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci (obszarem kontraktowania nadal było województwo).

(dowód: akta kontroli str.6-13 )

DOW NFZ nie przekazywał właściwym regionalnie jednostkom samorządu terytorialnego informacji o braku zabezpieczenia dostępu do przedmiotowych świadczeń z uwagi, jak wyjaśniła Dyrektor DOW NFZ, na fakt, że dostęp do wszystkich świadczeń w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna na terenie województwa dolnośląskiego był w okresie objętym kontrolą zabezpieczony.

(dowód: akta kontroli str. 7)

NIK nie podziela powyższych wyjaśnień, iż dostęp do świadczeń w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna był w pełni zabezpieczony. Zgodnie z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia pacjent nie powinien mieć dalej do placówki paliatywno-hospicyjnej niż 30 km. Według stanu na 30 czerwca 2014 r. DOW NFZ nie osiągnął ww. standardu. Na terenie województwa dolnośląskiego były powiaty na terenie, których nie funkcjonowała poradnia medycyny paliatywnej. Dotyczyło to 13 z 26 powiatów, tj. powiat: oleśnicki, świdnicki, wołowski, ząbkowicki, zgorzelecki, złotoryjski, lubański, lwówecki, głogowski, górowski, jaworski, kamiennogórski, strzeliński.

Powiatów na terenie, których nie funkcjonowało hospicjum domowe było dziewięć, tj.: kłodzki, świdnicki, lubański, lwówecki, głogowski, górowski, jaworski, kamiennogórski, strzeliński, a powiatów, na których nie funkcjonowało hospicjum stacjonarne - 15 (milicki, oleśnicki, polkowicki, średzki, wołowski, ząbkowicki, zgorzelecki, złotoryjski, lubański, lwówecki, głogowski, górowski, jaworski, kamiennogórski, strzeliński).

Hospicja domowe dla dzieci funkcjonowały jedynie na terenie dwóch powiatów, tj. Miasto Wrocław i powiat wołowski. Placówki świadczące usługi w zakresie hospicjum domowego dla dzieci, mimo że zakontraktowano świadczenia tylko z dwoma placówkami w województwie dolnośląskim, udzielały usług zdrowotnych dla dzieci i młodzieży z całego województwa dolnośląskiego, bez względu na odległość od siedziby świadczeniodawcy.

(dowód: akta kontroli str. 193-200, 372-403)

Powiatów na terenie, których nie funkcjonowała żadna forma opieki paliatywnej i hospicyjnej było siedem (powiat: lubański, lwówecki, głogowski, górowski, jaworski, kamiennogórski, strzeliński).

(dowód: akta kontroli str. 372-403)

Wyjaśniając brak opieki paliatywno-hospicyjnej na terenie ww. powiatów, Dyrektor DOW NFZ wyjaśniła, że NFZ nie posiada instrumentów skłaniających podmioty lecznicze do powoływania przedsiębiorstw realizujących usługi w rodzaju opieki paliatywnej i hospicyjnej. Decyzje w tym zakresie leżą wyłącznie w kompetencjach podmiotów wykonujących działalność leczniczą. NIK nie może w pełni podzielić wyjaśnień Pani Dyrektor, gdyż NFZ reprezentuje interesy osób ubezpieczonych, finansuje świadczenia i tym samym może oddziaływać na strukturę rynku w zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych, min. poprzez współpracę z innymi podmiotami odpowiedzialnymi za funkcjonowanie służby zdrowia.

W odniesieniu do zabezpieczenia świadczeń w poszczególnych powiatach Dyrektor Oddziału wskazała, że zabezpieczenie analizowane jest w odniesieniu do obszaru kontraktowania określonego w planie zakupów tych świadczeń. Hospicja stacjonarne kontraktowane były na województwo, a nie na powiaty. W latach 2013-2014 wpłynęły zgłoszenia z powiatu głogowskiego i wrocławskiego od podmiotów zainteresowanych zawarciem z DOW NFZ umowy na realizację przedmiotowych świadczeń. Hospicja domowe dla dzieci kontraktowane były również na województwo, a nie na powiaty.

(dowód: akta kontroli str. 7, 372-385)

Z informacji o realizacji zadań Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie medycyny paliatywnej w 2012 r. (Informacja z dnia 15 lutego 2013 r.) i w 2013 r. (raport z dnia 13 lutego 2014 r.)<sup>5</sup> wynikało, że dokonana analiza zakontraktowanych na 2012 r. i 2013 r. świadczeń w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej wykazała, że jednostki świadczące przedmiotowe świadczenia rozmieszczone były na terenie województwa dolnośląskiego nierównomiernie. Największym problemem była niedostateczna liczba łóżek stacjonarnych na terenie miasta Wrocławia (jest 22 łóżek, zapotrzebowanie na co najmniej 60). Ponadto brak było łóżek w północnej części województwa dolnośląskiego: Głogów, Góra Śląska. Jak podała Konsultant Wojewódzki, barierą w tworzeniu oddziałów medycyny paliatywnej była bardzo niska wycena osobodnia – 200 zł (jedna z najniższych w Polsce). Szpitalom nie opłacało się tworzyć stacjonarnych oddziałów opieki paliatywnej i hospicyjnej, ponieważ za pacjenta z chorobą nowotworową w schyłkowym okresie życia szpital otrzymuje więcej za hospitalizację w oddziale wewnętrznym. Jest to nieracjonalne, nieekonomiczne i niehumanitarne. Na oddziałach szpitalnych wykonuje się u tych pacjentów wiele niepotrzebnych badań i procedur. Zdaniem Konsultanta Wojewódzkiego hospicja domowe powinny być w każdym powiecie województwa dolnośląskiego. Ponadto poziom kontraktowania, zarówno jeśli chodzi o wielkość kontraktu, jak i cenę jednostkową, zdaniem Konsultanta Wojewódzkiego, był niewystarczający. W związku z powyższym generowane były nadwykonania. W kontrakcie z NFZ były zapisy, że jednostka opieki paliatywno-hospicyjnej musi przyjąć każdego kwalifikującego się pacjenta lub wskazać innego świadczeniodawcę. Przy zbyt małej ilości zakontraktowanych świadczeń było to niemożliwe, a tworzenie kolejki chorych będących u schyłku życia nieetyczne i nierealne. Sytuacja taka stwarzała także trudności z planowaniem zatrudniania

---

<sup>5</sup> Nie zostały przesłane do DOW NFZ.

personelu, wyposażeniem w sprzęt oraz powodowała nadwykonania świadczeń w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej

(dowód: akta kontroli str. 148-154)

Opis stanu faktycznego

**1.3.** W okresie objętym kontrolą wystąpił jeden przypadek rozwiązania umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna. Umowę nr 15/1/3302676/01/2012/01z Przychodnią „Pomocna dłoń” s.c. w Legnicy rozwiązano na wniosek świadczeniodawcy z dniem 30 czerwca 2012 r., [...]<sup>6</sup>.

W związku z rozwiązaniem umowy DOW NFZ ogłosił w dniu 11 czerwca 2012 r. postępowanie uzupełniające w zakresie świadczeń obejmujących poradę w poradni medycyny paliatywnej. W wyniku rozstrzygniętego konkursu zawarto umowę ze świadczeniodawcą Przychodnia „Omega-Med” na okres od 1 lipca 2012 r. do 31 grudnia 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 15-19)

Jak wyjaśniła Dyrektor DOW NFZ, Oddział nie posiadał informacji czy świadczeniodawca poinformował pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń o zaprzestaniu przez niego działalności i czy wskazał innych świadczeniodawców mogących udzielić świadczeń. Informacje o świadczeniodawcach, którzy realizują świadczenia w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna i mają zawartą umowę z DOW NFZ publikowane są na stronie internetowej [www.nfz-wroclaw.pl](http://www.nfz-wroclaw.pl). Dodatkowo Oddział w swojej strukturze organizacyjnej posiada komórkę, która udziela telefonicznie aktualnych informacji o podmiotach realizujących świadczenie.

Ustalone nieprawidłowości

1.W ocenie NIK, podjęte przez DOW NFZ nieliczne działania odnoszące się do podejmowania współpracy z podmiotami zewnętrznymi dotyczyły jedynie wymiany informacji w zakresie kontraktowania świadczeń, zawierania umów i terminów ogłaszanych postępowań konkursowych. Brak było jednak współdziałania dotyczącego zabezpieczenia potrzeb opieki paliatywnej i hospicyjnej i podnoszenia jakości udzielanych świadczeń oraz zwiększenia ich dostępności na terenie województwa dolnośląskiego. Dyrektor DOW NFZ nie korzystał z ustawowych możliwości określonych w art.107 ust. 8 *ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* w celu poprawy zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych ubezpieczonych na terenie województwa dolnośląskiego w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej. Biorąc pod uwagę nierównomierny rozkład placówek opieki paliatywno-hospicyjnej na terenie województwa dolnośląskiego, w ocenie NIK, współpraca w zakresie rozwijania i tworzenia placówek opieki paliatywno-hospicyjnej w celu poprawy zabezpieczenia potrzeb świadczeniobiorców była niezbędna. Zgodnie z zarządzeniem 79/2011/DSOZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna „każdy świadczeniobiorca w schyłkowym okresie życia, skierowany do udzielenia świadczeń, musi być objęty opieką lub należy mu wskazać innego świadczeniodawcę, właściwego ze względu na jego stan zdrowia lub miejsce zamieszkania”.

2.W ocenie NIK, biorąc pod uwagę rozmieszczenie placówek realizujących umowę w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna, nadwykonania generowane przez placówki realizujące umowę w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna, przyjęty podział na obszary kontraktowania, liczba placówek oraz wysokość zawartych

<sup>6</sup> Wyłączono informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa. Tajemnica ustawowo chroniona na podstawie art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz.U. Nr 112, poz. 1198 ze zm.) w związku z art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (tj. Dz.U. z 2003 r., Nr 153, poz. 1503 ze zm.)

umów była nadal niewystarczająca, pomimo zwiększania środków na funkcjonowanie opieki paliatywnej i hospicyjnej w każdym roku objętym kontrolą.

## Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości działania DOW NFZ w zakresie zapewnienia dostępności pacjentów do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej.

## 2. Ocena finansowania opieki paliatywnej i hospicyjnej

Opis stanu  
faktycznego

2.1. Tryb opracowywania projektu planu finansowego został określony w art. 120 *ustawy o świadczeniach*. Plan finansowy DOW NFZ sporządzany był w okresie objętym kontrolą zgodnie z ww. przepisem. Na podstawie wytycznych przekazywanych przez Centralę NFZ sporządzany był projekt planu finansowego, który po zaopiniowaniu przez Radę DOW NFZ (we wszystkich latach zaopiniowany pozytywnie) przekazywany był do Centrali NFZ. Kryteria, które były uwzględniane podczas planowania kosztów świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej, zawarte były w wytycznych przekazywanych przez Centralę NFZ. Ze względu na brak modyfikacji zasad kontraktacji obowiązujących w tym rodzaju świadczeń w kolejnych latach, stosownie do wytycznych Centrali NFZ, podstawą planowania wysokości kosztów na kolejny rok był poziom realizacji świadczeń w roku poprzednim. W wytycznych nie przewidywano zmian warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna. Przyjęte przez DOW NFZ koszty świadczeń w projektach planu finansowego na lata 2012-2014 w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna były akceptowane przez Centralę NFZ.

Zgodnie z pierwotnym planem finansowym na 2012 r., w stosunku do 2011 r., zaplanowano wzrost środków przeznaczonych na opiekę paliatywną i hospicyjną, co wynikało z priorytetowego traktowania świadczeń w tym rodzaju, zmierzającego do pełnego wykorzystania istniejącej bazy stacjonarnej i ambulatoryjnej na terenie DOW NFZ zgodnie ze zgłaszanym zapotrzebowaniem. Środki w planie na 2012 r., z rozdysponowaną rezerwą migracyjną, zaplanowano w wysokości 27 106 tys. zł (bez uwzględnienia rezerwy migracyjnej - 25 452 tys. zł), tj. wyższej o 7 709 tys. zł (39,74%). Zgodnie z pierwotnym planem finansowym na 2013 r., środki na realizację świadczeń w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna zaplanowano na poziomie 2012 r., tj. 27 106 tys. zł (bez uwzględnienia rezerwy migracyjnej 25.513 tys. zł). Jak uzasadniono było to spowodowane faktem, iż w 2013 r. nie przewidywano zmian warunków zawierania i realizacji umów. W związku z powyższym środki utrzymano na tym samym poziomie.

Zgodnie z planem finansowym na 2014 r., środki na realizację świadczeń w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna zaplanowano na poziomie 29 132 tys. zł (bez uwzględnienia rezerwy migracyjnej 28 277 tys. zł), tj. o 7,47 % większym w stosunku do środków ujętych w planie finansowym na 2013 r. (pierwotnym, przed dokonaniem zmian). Jak uzasadniono było to spowodowane faktem, iż w 2013 r. nie przewidywano zmian warunków zawierania i realizacji umów. W związku z powyższym środki utrzymano na tym samym poziomie. Zwiększenie wartości prognozowanej na 2014 r. wynikało z dynamiki realizacji umów na podstawie wykonania świadczeń w 2013 r.



W planie finansowym na 2014 r. w stosunku do pierwotnego planu finansowego na 2011 r. zaplanowano środki o 50,19% wyższe, a w stosunku do pierwotnego planu finansowego na 2012 r. - o 7,47%.

(dowód: akta kontroli str. 212-324)

Dyrektor DOW NFZ dokonywał w okresie objętym kontrolą zmian w planie finansowym w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna. Celem zmian było sfinansowanie zrealizowanych świadczeń w tym rodzaju, zgodnie z prognozą realizacji świadczeń tj. :

- W 2012 r. zarządzeniem Dyrektora DOW NFZ nr 368/2012 z dnia 27 grudnia 2012 r. – środki na realizację świadczeń w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna zostały zwiększone o 350 tys. zł.
- W 2013 r. zarządzeniem Prezesa NFZ Nr 63/2013/DEF zwiększono plan finansowy DOW NFZ, w tym środki na opiekę paliatywną i hospicyjną zwiększono o 4 000 tys. zł. Zarządzeniem Dyrektora DOW NFZ nr 269/2013 r. z dnia 30 grudnia 2013 r. zmniejszono wielkość środków o 680 tys. zł w poradniach opieki paliatywnej na wniosek świadczeniodawców.

Środki w latach 2012-2014 (I półrocze) były także uruchamiane w ramach rezerwy migracyjnej, tj. w 2012 r. uruchomiono w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna 1 654 tys. zł, w 2013 r. w ramach rezerwy migracyjnej uruchomiono 1 593 tys. zł, a w 2014 r. uruchomiono 844 tys. zł.

Plan finansowy po zmianach wynosił odpowiednio: w 2012 r. - 27 456 tys. zł, w 2013 r. - 30 426 tys. zł., w 2014 r. -29 132 tys. zł. W 2014 plan finansowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna był wyższy w porównaniu do 2012 r. o 6,10%.

(dowód: akta kontroli str.325-356)

W złożonych wyjaśnieniach Dyrektora DOW NFZ odnośnie podejmowania działań mających na celu zapewnienia maksymalnego zabezpieczenia potrzeb w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej podała, że DOW NFZ mając na względzie zapewnienie pełnej dostępności do opieki paliatywnej i hospicyjnej przy jednoczesnym dysponowaniu ograniczonymi środkami finansowymi, w trakcie trwania umów monitoruje na bieżąco poziom ich realizacji. Następnie w przypadku posiadania wolnych rezerw w Planie finansowym lub rozdziału dodatkowych środków, Oddział podejmuje decyzję o zwiększeniu wartości zawartych kontraktów, a tym samym zwiększeniu dostępności do świadczeń.

(dowód: akta kontroli str.357-371)

W kontrolowanym okresie w Planie finansowym w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna wielokrotnie nastąpił przyrost środków finansowych. W roku 2012 z kwoty 25 452 000 zł do 27 456 000 zł, w roku 2013 z 25 513 000 zł do 30 426 000 zł, a w roku 2014 z 28 277 000 zł do 29 132 000 zł. Adekwatnie do wzrostu środków w Planie finansowym wzrosły również wartości umów ze świadczeniodawcami w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w trakcie poszczególnych okresów rozliczeniowych. W roku 2012 nakłady na przedmiotowy rodzaj świadczeń wyrażone w wartościach zawartych umów i ugód ze świadczeniodawcami zostały zwiększone o 25% (z kwoty 21 563 917 zł do 27 018 779 zł), natomiast w roku 2013 nastąpił wzrost wartości kontraktów o 18% (z kwoty 24 896 038 zł do 29 426 110 zł). W roku bieżącym Oddział również w celu

zwiększenia dostępności do świadczeń, planuje zwiększenie wartości kontraktów realizowanych ponad limit umowy do wysokości wolnych środków w Planie finansowym Oddziału.

(dowód: akta kontroli str. 404-406, 412a-412b)

Opis stanu  
faktycznego

**2.2.** Zgodnie z Planem zakupu świadczeń opieki zdrowotnej na 2012 r. (po zmianach) zaplanowano środki finansowe w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w kwocie 25 468 510 zł. Wartość zawartych kontraktów na realizację świadczeń zdrowotnych w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w 2012 r. wynosiła 27 018 779,43 zł (po uwzględnieniu zawartych aneksów i uгод ze świadczeniobiorcami), wartość sfinansowanych świadczeń za 2012 r. (z uwzględnieniem migracji świadczeniobiorców z województwa dolnośląskiego) wyniosła 26 605 289 zł, tj. 98,47% zawartych kontraktów wraz z ugodami).

Zgodnie z Planem zakupu świadczeń opieki zdrowotnej na 2013 r. zaplanowano środki w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w kwocie 29 432 537 zł, wartość zawartych kontraktów wynosiła 29 426 110 zł (po uwzględnieniu zawartych aneksów do umów ze świadczeniobiorcami), sfinansowane świadczenia za świadczenia zrealizowane za 2013 r. (z uwzględnieniem migracji świadczeniobiorców z województwa dolnośląskiego) wyniosły 28 878 041 zł, tj. 98,14% zawartych kontraktów. W 2014 r. zgodnie z Planem zakupu świadczeń opieki zdrowotnej na 2014 r. zaplanowano środki finansowe w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w kwocie 27 754 295 zł, wartość zawartych kontraktów (według stanu na 30 czerwca 2014 r. nie zawierano aneksów bilansujących) wynosiła 27 754 194 zł, natomiast na koniec I półrocza 2014 r. wartość sfinansowanych świadczeń wyniosła 11 158 614,32 zł, tj. 40,21%.

(dowód: akta kontroli str. 202-205)

W części opisowej do Planu zakupów świadczeń na 2012 r. zawarto min., że priorytet stanowi zabezpieczenie środków na finansowanie świadczeń realizowanych w domu pacjenta w ramach hospicjum domowego oraz przeznaczenie w rezerwie środków na finansowanie nowych podmiotów organizujących opiekę w rejonach, w których do tej pory nie ma optymalnego poziomu opieki w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej.

W planie zakupów świadczeń na 2013 r. i 2014 r. ustalono, iż z uwagi na rosnącą zachorowalność na choroby nowotworowe koniecznym będzie zabezpieczenie finansowania leczenia i opieki nad nieuleczalnie chorymi, którzy znajdują się w terminalnym okresie choroby. Opiekę paliatywną i hospicyjną potraktowano w planie zakupów na 2013 r. i 2014 r. jako priorytet regionalny.

Zgodnie z planem zakupów świadczeń na 2013 r., różnice poziomu finansowania pomiędzy poszczególnymi regionami województwa dolnośląskiego wynikały głównie z historycznego rozmieszczenia bazy medycznej, w tym zasobów kadrowych i łóżkowych. Głównym czynnikiem decydującym o nierównomiernym rozkładzie było funkcjonowanie ośrodków wysokospecjalistycznych zajmujących się leczeniem chorób nowotworowych.

(dowód: akta kontroli str.357-371)

DOW NFZ dokonał analizy poszczególnych regionów i zakresów opieki paliatywnej i hospicyjnej, biorąc pod uwagę średnie nakłady w Polsce na tego rodzaju świadczenia medyczne. Na podstawie wskaźników wielkości przeznaczanych nakładów na danym terenie odbiegających od średnich nakładów w Polsce dokonano zwiększenia w zakresie:

- porad w poradni medycyny paliatywnej w regionie wałbrzyskim, w wyniku czego uległ poprawie wskaźnik wielkości nakładów w stosunku do średniej ogólnopolskiej (przed zwiększeniem nakłady były mniejsze o 23%, po zwiększeniu - o 13%);
- świadczeń w hospicjum domowym w trzech regionach (jeleniogórskim wałbrzyskim i legnickim), w wyniku czego nastąpiła poprawa wskaźników wielkości nakładów w stosunku do średniej ogólnopolskiej w regionach: jeleniogórskim (przed zwiększeniem nakłady były mniejsze o 59%, po zwiększeniu o 54%), wałbrzyskim (przed zwiększeniem nakłady były mniejsze o 45%, po zwiększeniu 40%), legnickim (przed zwiększeniem nakłady były mniejsze o 70%, po zwiększeniu o 66%);
- świadczeń w hospicjum domowym dla dzieci, w wyniku czego poprawie uległ wskaźnik wielkości nakładów w stosunku do średniej ogólnopolskiej (przed zwiększeniem nakłady były mniejsze o 32%, po zwiększeniu o 25%);
- świadczeń w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym w dwóch regionach (legnickim i wrocławskim), w wyniku czego nastąpiła poprawa wskaźnika wielkości nakładów w stosunku do średniej ogólnopolskiej w regionie legnickim (przed zwiększeniem nakłady były mniejsze o 10%, po zwiększeniu o 8%), w regionie wrocławskim (przed zwiększeniem nakłady były mniejsze o 18%, po zwiększeniu o 10%).

Pozostałe regiony, gdzie nakłady finansowe na 10 000 mieszkańców były wyższe niż nakłady przeznaczane w Polsce, wartości zaplanowana nakładów na rok 2013 przez DOW NFZ pozostawały na poziomie kontraktu NL 2012.

Spadek/wzrost środków pieniężnych przeznaczonych na finansowanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna na koniec danego roku wynikał ze zmian dokonywanych w umowach na podstawie decyzji Dyrektora DOW NFZ, a wynikających z nadwykonań lub niedowykonań świadczeń w trakcie trwania umów. Spadek nakładów finansowych w latach 2012-2014 dotyczył jedynie zakresu porad w poradni medycyny paliatywnej i związany był ze zmniejszeniem wartości umów na wnioski świadczeniodawców. W pozostałych zakresach odnotowano wzrost wartości środków przeznaczonych na świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej.

(dowód: akta kontroli str.202-205)

Oddział nie był w posiadaniu szczegółowych kalkulacji cenowych dotyczących poszczególnych procedur medycznych w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna. Jak podała Dyrektor DOW NFZ ceny świadczeń opierały się na zaleceniach Centrali NFZ, w porównaniu cen w pozostałych oddziałach wojewódzkich NFZ, a także były określane przez możliwości finansowe Oddziału. Cennik jednostek rozliczeniowych w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna na 2012 r. został wprowadzony zgodnie z zarządzeniem Nr 257/2011 Dyrektora DOW NFZ. Prezes NFZ w obowiązujących zarządzeniach oraz w pismach informacyjnych lub wytycznych nie określił zasad ustalania jednostki rozliczeniowej.

(dowód: akta kontroli str. 202-205)

Cena jednostek rozliczeniowych w okresie objętym kontrolą nie uległa zmianie od 2009 r. Ceny jednostki rozliczeniowej nie urealniano o wskaźnik inflacji (inflacja w okresie od 1 stycznia 2009 r. do 31 grudnia 2013 r. wynosiła 15%).

Wartość jednostek rozliczeniowych w okresie objętym kontrolą wynosiła odpowiednio: porada w poradni medycyny paliatywnej - 36,80 zł, świadczenia w hospicjum domowym - 47,25 zł (osobodzień), świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci - 87 zł (osobodzień), świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym - 20,00 zł (osobodzień).

(dowód: akta kontroli str. 202-205, 247-253, 282-289, 317-324)

Wyjaśniając przyczyny braku zmian w wysokości cen jednostek rozliczeniowych w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna Dyrektor DOW NFZ podała, że przyjęta przez DOW NFZ cena jednostki rozliczeniowej wynikała z możliwości Oddziału Dolnośląskiego określonych przez Plan Finansowy i planowaną do zakupu ilość jednostek rozliczeniowych. Kalkulując cenę jednostki rozliczeniowej analizowano również poziom cen w pozostałych Oddziałach Wojewódzkich. Przyjęta do stosowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia procedura definiowania priorytetów i planowania zakupu świadczeń wymagała sporządzenia raportu dotyczącego realizacji świadczeń w roku poprzedzającym rok sporządzania planu, z uwzględnieniem: migracji ubezpieczonych, poziomu cen, wskaźników dostępności (w tym realizacja świadczeń w odniesieniu do populacji, kolejki oczekujących na udzielenie świadczenia). Procedura ta nie określa narzędzi do analizy cen jednostki rozliczeniowej uwzględniającej poziom inflacji. Należy zaznaczyć, że wg danych populacyjnych, wzrasta liczba ubezpieczonych korzystających z opieki paliatywnej. Zatem realizacja celu polegającego na zabezpieczeniu dostępności do świadczeń na poziomie wyższym lub nie mniejszym niż w latach poprzednich, przy ograniczonych możliwościach finansowych wynikających z planu finansowego, nie daje swobody korygowania w górę ceny jednostki rozliczeniowej adekwatnie do wskaźnika inflacji.

(dowód: akta kontroli str. 404-412)

Analizy jakości i dostępności w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej były dokonywane na etapie postępowań konkursowych w materiałach ofertowych pod kątem zgodności z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej*<sup>7</sup> i zarządzeniem Prezesa 54/2011/DSOZ z 30 września 2011 r. Ponadto poziom dostępności był analizowany poprzez zgłaszane wykonania świadczeniodawców oraz ocenę potencjału i sprzętu świadczeniodawców (m.in. komisja konkursowa zwróciła się do oferentów o złożenie dokumentów potwierdzających kwalifikacje personelu lekarskiego i pielęgniarskiego, celem sprawdzenia zgodności z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej*).

(dowód: akta kontroli str. 202-205, 404-412)

Uwagi dotyczące  
badanej działalności

NIK zwraca uwagę, iż DOW NFZ nie prowadził szczegółowych analiz kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, w zakresie niezbędnym do prawidłowego zawierania umów, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 1 *ustawy o świadczeniach*, ze względu – jak wyjaśniła Dyrektor DOW NFZ – na brak przepisów wykonawczych, które określałyby sposób zbierania informacji w tym zakresie. Brak takich analiz nie pozwalał na zakup przez Oddział świadczeń zdrowotnych po cenach odpowiadających rzeczywistym kosztom ich wytworzenia i udzielenia przez świadczeniodawców.

(dowód: akta kontroli str. 417-420)

---

<sup>7</sup> Dz. U. 139, poz. 1138.

**2.3.** W okresie objętym kontrolą, przeprowadzono 15 postępowań konkursowych (10 postępowań głównych i pięć postępowań uzupełniających). Aplikacja informatyczna wspierająca proces kontraktowania na 2012 r. w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna została udostępniona 5 października 2011 r. Postępowania główne zostały ogłoszone w dniu 7 listopada 2011 r., a zakończone 23 grudnia 2011 r., postępowania uzupełniające prowadzono w okresie od stycznia do czerwca 2012 r. Postępowania uzupełniające ogłoszono w celu zwiększenia dostępności do świadczeń w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna, np. z powodu rozwiązania umowy przez jednego ze świadczeniodawców, nierozdysponowanie pełnej kwoty zaplanowanej w Planie zakupów świadczeń. W przeprowadzonych 15 postępowaniach złożono ogółem 70 ofert (na wszystkie zakresy świadczeń w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna), w tym 16 ofert odrzucono i trzy nie wybrano.

W wyniku przeprowadzonych postępowań konkursowych umowy podpisano z 29 podmiotami (51 ofert). Jeden podmiot (Pomocna Dłoń s.c.) wypowiedział umowę, w związku z czym ogłoszono postępowanie uzupełniające.

(dowód: akta kontroli str. 162-169, 401-412)

Badaniem bezpośrednim w zakresie oceny prawidłowości przebiegu postępowania konkursowego objęto wszystkie 15 postępowań przeprowadzonych w okresie objętym kontrolą. We wszystkich przypadkach w procesie postępowań konkursowych prowadzono weryfikację wniosków świadczeniodawców pod względem spełnienia wymogów w zakresie wyposażenia medycznego, bazy lokalowej i kwalifikacji kadry.

W przypadku świadczeń zdrowotnych w zakresie porad w poradni paliatywnej sprawdzono nakładanie się czasu pracy personelu medycznego u różnych świadczeniodawców<sup>8</sup>.

Podczas prowadzenia postępowania konkursowego przeprowadzono ogółem 21 kontroli oferentów spośród 70 złożonych ofert (30%), w tym w 16 przypadkach nie stwierdzono nieprawidłowości – oferty były zgodne ze stanem faktycznym stwierdzonym w trakcie postępowania kontrolnego. W pozostałych pięciu przypadkach materiał ofertowy był niezgodny ze stanem faktycznym, co skutkowało odrzuceniem ww. pięciu ofert.

W wyniku badania bezpośredniego wybranych postępowań konkursowych ustalono, że postępowania były prowadzone zgodnie zasadami obowiązującymi w zarządzeniu 46/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 września 2011 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze zm., w zarządzeniu Nr 54/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 września 2011 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej ze zm., zarządzeniu Nr 79/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 2 listopada 2011 r. w sprawie określania warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna, rozporządzeniem

---

<sup>8</sup> Dla produktu 15.1180.007.11 – porada w poradni medycyny paliatywnej - wymagany był harmonogram godzinowy w rozbiciu na dni tygodnia. Natomiast dla produktów 15.2180.027.04 - świadczenia w hospicjum domowym, 15.2181.027.04 – świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci, 15.4180.021.04 – świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym - wymagana była, zgodnie z szablonami, łączna liczba godzin pracy w tygodniu.

Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, tj.:

- w dokumentacji prac komisji konkursowych zamieszczono oświadczenia ich członków, że nie zachodzą wobec nich przesłanki wyłączenia z postępowania,
- w dokumentacji z postępowań zawarto pisemne uzasadnienie propozycji liczby jednostek rozliczeniowych, w sytuacji gdy odbiegała ona od propozycji ofertowych, uzasadniając to wysokością Planu zakupów DOW NFZ, pozycją w rankingu oraz potencjałem oferty,
- z negocjacji sporządzano protokół ustaleń, który zawierał informacje o ustaleniu ostatecznego stanowiska w zakresie ceny i liczby świadczeń (protokół zgodności, zgodnie z § 15 Regulaminu pracy komisji),
- poprawnie wyliczono wartości punktowe złożonych ofert (były liczone automatycznie przez system informatyczny) oraz oceniano spełnienie warunku jakości udzielanych świadczeń<sup>9</sup>, komisja konkursowa dokonała wyboru ofert, w kolejności zgodnej z zajętą pozycją w rankingu końcowym do wartości zamówienia podanej w ogłoszeniu o postępowaniu, tj. rozdysponowania środków finansowych, które w danym postępowaniu Dyrektor DOW NFZ przeznaczył na świadczenia zdrowotne będące przedmiotem ww. postępowań,
- kryteria dotyczące jakości i ciągłości udzielania świadczeń umożliwiały nowym podmiotom udział w postępowaniach, nowe podmioty nie były dyskryminowane,
- czas pracy (udzielenia świadczeń) proponowany przez oferentów spełniał wymogi NFZ.

(dowód: akta kontroli str.170-172)

Zbadano ogółem 40 (całość populacji lekarzy realizujących świadczenia w zakresie udzielania porad w poradni medycyny paliatywnej) numerów praw wykonywania zawodu lekarzy udzielających świadczeń w ramach produktu 15.1180.007.11 – porada w poradni medycyny paliatywnej - w powiązaniu z miejscem udzielania świadczeń zdrowotnych przez konkretnego lekarza w określonych dniach tygodnia i godzinach według stanu na 30 czerwca 2014 r. W obrębie zakresu udzielania porad w poradni medycyny paliatywnej nie stwierdzono konfliktu w harmonogramach czasu pracy lekarzy. W jednym wypadku ustalono, że lekarz zatrudniony był w Wojewódzkim Centrum Medycznym „Dobrzyńska” w ramach AOS kod umowy 02/1/3101067/01/2014/01, gdzie w środy pracował od godziny 15<sup>15</sup> do 20<sup>00</sup>. Natomiast w Dolnośląskim Centrum Onkologii zatrudniony był w ramach umowy 15/1/3101054/01/2014/01 (porada w poradni medycyny paliatywnej) w środy od godziny 7<sup>30</sup> do 15<sup>05</sup>. Czas na wyjście z budynku i dojazd z Dolnośląskiego Centrum Onkologii do Wojewódzkiego Centrum Medycznego „Dobrzyńska” (w tym dojeżdżenie do gabinetu) wynosił 10 minut.

Zgodnie ze wskazaniem portalu [www.mapy.google.pl](http://www.mapy.google.pl) czas przejazdu samochodem z Dolnośląskiego Centrum Onkologii do Wojewódzkiego Centrum Medycznego „Dobrzyńska” wynosił od 11 do 13 minut.

W ocenie NIK, tak skonstruowany harmonogram pracy lekarza był nierealny do wykonania i z dużym prawdopodobieństwem lekarz spóźniał się do pracy w placówce przy ul. Dobrzyńskiej lub wychodził wcześniej z pracy w Dolnośląskim

---

<sup>9</sup> Personel, sprzęt, aparatura medyczna, zewnętrzna ocena jakości, wyniki kontroli prowadzonych przez Fundusz.

Centrum Onkologii we Wrocławiu (należy także doliczyć czas na dotarcie z parkingu do budynku i przygotowania miejsca pracy).

(dowód: akta kontroli str. 155-161)

W wyjaśnieniach zastępca dyrektora DOW NFZ ds. służb mundurowych podał, że zgodnie z procedurą konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach, narzędziem do ustalania spornych elementów między ofertami jest system informatyczny. W procedurze nie ma określonego narzędzia, którym pracownik Oddziału mógłby analizować czas i trasę dojazdu oraz jakim środkiem komunikacji przemieszcza się personel, który realizuje świadczenia w kilku miejscach w krótkim odstępie czasowym.

(dowód: akta kontroli str. 206-208)

W okresie objętym kontrolą, w trakcie prowadzenia postępowań konkursowych w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna nie wpłynęły i nie były rozpatrywane wnioski odwoławcze. Rozpatrzono natomiast pozytywnie jeden protest złożony przez Polskie Centrum Zdrowia Środa Śląska. Oferent oprotestował decyzję komisji konkursowej o odrzuceniu oferty w części jawnej, po zakwestionowaniu zatrudnienia personelu lekarskiego. DOW NFZ uwzględnił argumenty oferenta dotyczące okresu wypowiedzenia umowy o pracę z lekarzem z hospicjum (na dzień złożenia oferty lekarz był w stosunku zatrudnienia z oferentem).

(dowód: akta kontroli str. 146-147)

Ustalone  
nieprawidłowości

W ocenie NIK, DOW NFZ winien bezwzględnie eliminować sytuacje, w których ustalony harmonogram czasu pracy lekarzy powoduje zmniejszenie dostępności pacjentów do opieki zdrowotnej oraz realizacja założonego harmonogramu czasu pracy jest niemożliwa do wykonania z przyczyn obiektywnych (min. czas dojazdu z jednego miejsca zatrudnienia do drugiego).

Opis stanu  
faktycznego

**2.4.** Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej zawarte zostały na okres od dnia 1 stycznia 2012 r. do dnia 31 grudnia 2014 r. W związku z powyższym, kontraktowanie świadczeń opieki zdrowotnej na 2013 r. i 2014 r., w tym rodzaju świadczeń odbyło się poprzez aneksowanie umów wieloletnich w oparciu o § 32 ust. 1 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiące załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>10</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 106-123)

Ogółem w 2012 r. zawarto umowy z 29 podmiotami na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna (ze świadczeniodawcą Przychodnia „Pomocna Dłoń” s.c. rozwiązano umowę z dniem 30 czerwca 2012 r., w wyniku postępowania uzupełniającego, celem utrzymania na dotychczasowym poziomie dostępności do usług zdrowotnych, zawarto umowę ze świadczeniodawcą Przychodnia „Omega-Med” Głowska i Karpowicz spółka jawna). Według stanu na 31 grudnia 2012 r. usługi zdrowotne w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna świadczyło 28 świadczeniodawców (28 obowiązujących umów)<sup>11</sup>. Umowy zostały zawarte na łączną kwotę 27 018 779 zł. Liczba osobodni/porad wynosiła ogółem

<sup>10</sup> Dz. U. z 2008 r. Nr. 81, poz. 484.

<sup>11</sup> W zakresie porad w poradni medycyny paliatywnej według stanu na 31 grudnia 2012 r. funkcjonowało 14 podmiotów, świadczenia w hospicjum domowym udzielało 20 podmiotów, świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci dwa podmioty, świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym - 13 podmiotów. Ogółem 28 podmiotów

355 168<sup>12</sup>. W zakresie porad w poradni medycyny paliatywnej zawarto 15 umów na kwotę 331 548 zł (9043 porady), w zakresie świadczenia w hospicjum domowym zawarto 20 umów na kwotę 12 000 256 zł (263 613 osobodni), w zakresie świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci zawarto dwie umowy na kwotę 1 243 426 zł (14 547 osobodni), w zakresie świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym zawarto 13 umów na kwotę 13 443 550 zł. (64 976 osobodni).

W 2013 r. umowy w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej realizowało 28 świadczeniodawców<sup>13</sup>. Umowy zawarto na łączną kwotę<sup>14</sup> 29 426 110 zł. Liczba osobodni/porad wynosiła ogółem 380 125. W zakresie porad w poradni medycyny paliatywnej zawarto 14 umów na kwotę 294 146 zł (7 995 porad), w zakresie świadczenia w hospicjum domowym zawarto 19 umów na kwotę 13 311 859 zł (283 881 osobodni), w zakresie świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci zawarto dwie umowy na kwotę 1 408 704 zł (16 192 osobodni), w zakresie świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym zawarto 13 umów na kwotę 14 411 400 zł (72.057 osobodni). Wartość końcowa kontraktów na 2013 r. była o 8,91 % wyższa niż w 2012 r. Natomiast pierwotna wartość kontraktów na 2013 r. wynosiła 24 896 038 zł, co stanowiło 92,14% wartości kontraktów z 2012 r. i 90,45% wykonania za 2012 r.

Ogółem na 2014 r. aneksowano 28 umów w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej na łączną kwotę 27 754 194 zł (94,32% wartości zawartych kontraktów z 2013 r., 91,05 % wykonania za 2013 r.). Liczba osobodni/porad wynosiła ogółem 355 037. W zakresie porada w poradni medycyny paliatywnej zawarto 14 umów na kwotę 283 133 zł (7 695 porad), w zakresie świadczenia w hospicjum domowym zawarto 19 umów na kwotę 12 360 460 zł (263 527 osobodni), w zakresie świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci zawarto dwie umowy na kwotę 1 272 201 zł (14 623 osobodni), w zakresie świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym zawarto 13 umów na kwotę 13 838 400 zł (69.192 osobodni).

Wartość zawartych kontraktów na 2014 r. według stanu na 30 czerwca 2014 r. była o 2,72% większa od końcowej wartości kontraktów wraz z zawartymi ugodami na 2012 r. i o 28,70% większa od początkowej wartości kontraktów na 2012 r. (wynosiła 21 563 917 zł).

*(dowód: akta kontroli str. 92-99,136-145,177 -182)*

Wyjaśniając przyczyny zawierania pierwotnych kontraktów na 2013 r. i 2014 r. w kwotach niższych niż wykonanie w roku poprzednim, Dyrektora DOW NFZ podała, że Oddział zdaje sobie sprawę z istotnego charakteru opieki paliatywnej, która powinna służyć poprawie jakości życia w okresie terminalnym śmiertelnej choroby, jednak dostępne środki finansowe będące w dyspozycji Oddziału są niewystarczające na zabezpieczenie wszystkich istotnych świadczeń medycznych w aspekcie prowadzonych terapii. Oddział nie zawarł w 2013 r. i 2014 r. umów na początku roku na poziomie realizacji z poprzedniego okresu rozliczeniowego

<sup>12</sup> Jednostką rozliczeniową dla zakresu porad w poradni medycyny paliatywnej była porada, dla pozostałych zakresów jednostką rozliczeniową był osobodzień.

<sup>13</sup> W zakresie porad w poradni medycyny paliatywnej według stanu na 31 grudnia 2013 r. i 30 czerwca 2014 r. funkcjonowało 14 podmiotów, świadczenia w hospicjum domowym udzielało 20 podmiotów, świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci - dwa podmioty, świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym - 13 podmiotów. Ogółem 28 podmiotów.

<sup>14</sup> Wraz z zawartymi aneksami dotyczącymi realizacji świadczeń w 2013 r.



w związku z ograniczonymi środkami finansowymi wynikającymi z Planu finansowego Oddziału na dany rok w przedmiotowym rodzaju świadczeń.

*(dowód: akta kontroli str. 401-412)*

Kwoty kontraktów zawartych na poszczególnych obszarach kontraktowania przypadające na jednego mieszkańca były zróżnicowane w poszczególnych obszarach kontraktowania na terenie województwa dolnośląskiego. Na przykład:

- w 2012 r. kwota kontraktu przypadająca na jednego mieszkańca w ramach produktu porada w poradni medycyny paliatywnej wynosiła w regionie jeleniogórskim 0,07 zł, w regionie wałbrzyskim - 0,06 zł, w regionie legnickim - 0,13 zł, natomiast w regionie wrocławskim - 0,15 zł. Kwota kontraktu przypadająca na jednego mieszkańca w ramach produktu świadczenia w hospicjum domowym w regionie wrocławskim wynosiła 7,28 zł, w regionie wałbrzyskim - 2,31 zł, w regionie jeleniogórskim - 2,16 zł, a w regionie legnickim - 1,16 zł.
- w 2013 r. (według ostatecznej wartości kontraktów) kwota kontraktu przypadająca na jednego mieszkańca w ramach produktu porada w poradni medycyny paliatywnej wynosiła w regionie jeleniogórskim 0,06 zł, w regionie wałbrzyskim - 0,05 zł, w regionie legnickim - 0,12 zł, natomiast w regionie wrocławskim - 0,13 zł. Kwota kontraktu przypadająca na jednego mieszkańca w ramach produktu świadczenia w hospicjum domowym w regionie wrocławskim wynosiła 7,73 zł, w regionie wałbrzyskim - 2,52 zł, w regionie jeleniogórskim - 3,34 zł, a w regionie legnickim - 1,33 zł, natomiast w ramach produktu świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym kwota ta w regionie wrocławskim wynosiła 3,71 zł, w regionie wałbrzyskim - 6,17 zł, w regionie legnickim - 4,18 zł, w regionie jeleniogórskim - 7,35 zł.
- w 2014 r. kwota kontraktu przypadająca na jednego mieszkańca w ramach produktu porada w poradni medycyny paliatywnej wynosiła w regionie jeleniogórskim 0,07 zł, w regionie wałbrzyskim - 0,05 zł, w regionie legnickim - 0,12 zł, natomiast w regionie wrocławskim - 0,13 zł. Kwota kontraktu przypadająca na jednego mieszkańca w ramach produktu świadczenia w hospicjum domowym w regionie wrocławskim wynosiła 6,96 zł, w regionie wałbrzyskim - 2,31 zł, w regionie jeleniogórskim - 3,52 zł, a w regionie legnickim - 1,43 zł, natomiast w ramach produktu świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym kwota ta w regionie wrocławskim wynosiła 3,72 zł, w regionie wałbrzyskim - 5,94 zł, w regionie legnickim - 3,98 zł, w regionie jeleniogórskim - 6,62 zł.

*(dowód: akta kontroli str. 175-182)*

Ponadto porównując wartości kontraktu we wszystkich zakresach, z wyjątkiem świadczeń w hospicjum domowym dla dzieci, które było kontraktowane dla obszaru województwo dolnośląskie, wartość kontraktu przypadająca na jednego mieszkańca ogółem w 2013 r. i 2014 r. w pozostałych trzech zakresach była również zróżnicowana na poszczególnych obszarach kontraktowania: w 2013 r. kwota kontraktu przypadająca na jednego mieszkańca w regionie wrocławskim wynosiła 11,57 zł, w regionie wałbrzyskim - 8,73 zł, w regionie legnickim - 5,64 zł, a w regionie jeleniogórskim - 10,76 zł. W 2014 r. kwota kontraktu przypadająca na jednego mieszkańca w regionie wrocławskim wynosiła 10,81 zł, w regionie wałbrzyskim - 8,29 zł, w regionie legnickim - 5,52 zł, a w regionie jeleniogórskim - 10,21 zł.

*(dowód: akta kontroli str. 175-182)*

Odnosnie zróżnicowania kwot kontraktów przypadających na jednego mieszkańca w poszczególnych obszarach kontraktowania, Dyrektor DOW NFZ wyjaśniła, że kształtowanie średnich nakładów na mieszkańców w poszczególnych zakresach i obszarach kontraktowania w latach 2012-2014 uwarunkowane były głównie poziomem realizacji świadczeń w poprzednich latach. Poziom realizacji związany był m.in. z potencjałem wykonawczym, jak i funkcjonującą bazą na danym terenie. Ważnym czynnikiem mającym wpływ na poziom finansowania poradni medycyny paliatywnej w regionie wrocławskim była jej lokalizacja przy Dolnośląskim Centrum Onkologii we Wrocławiu, z której świadczeń korzystają pacjenci z całego województwa. Warto podkreślić, że nakłady na poszczególne obszary kontraktowania nie odzwierciedlają rzeczywistych kosztów poniesionych w tym rodzaju świadczeń na rzecz mieszkańców zamieszkałych na danym obszarze, bowiem pacjenci nie zawsze poddawani są terapii w macierzystej placówce. Zmiany jakie Oddział dokonał w kontraktowaniu świadczeń w analizowanym okresie mające na celu wyrównanie nakładów pomiędzy poszczególnymi obszarami kontraktowania dotyczyły stacjonarnej opieki hospicyjnej. W tym celu w roku 2013 Oddział podjął decyzję o zmianie obszaru kontraktowania z województwa na grupę powiatów oraz o zwiększeniu finansowania regionu wrocławskiego poprzez zakontraktowanie już w połowie 2012 r. nowego podmiotu w powiecie oławskim, co przełożyło się na zwiększenie dostępności w całym regionie.

*(dowód: akta kontroli str. 404-412)*

W wyniku przeprowadzonego postępowania konkursowego Oddział nie podpisał umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna z podmiotami, których oferty zostały unieważnione lub niewybrane. Ogółem odrzucono 16 ofert spośród 70 złożonych w postępowaniach konkursowych prowadzonych w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna. Oferty zostały odrzucone z powodu nie spełnienia warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Prezesa NFZ na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 *ustawy o świadczeniach*, min. dotyczących posiadanego sprzętu, potencjału kadrowego.

Ogółem nie wybrano trzech ofert spośród 54 ofert dopuszczonych do części niejawniej postępowań. Przyczyną powyższego: w jednym przypadku DOW NFZ nie wynegocjował wspólnego stanowiska ze świadczeniodawcą, w dwóch pozostałych przypadkach wybrano oferty korzystniejsze.

*(dowód: akta kontroli str. 146-147)*

DOW NFZ nie podpisywał umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna z podmiotami w latach 2012-2014, które nie brały udziału w postępowaniu konkursowym lub rokowaniach. Zgodnie z art. 139 ust 1 *ustawy o świadczeniach* zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna we wszystkich przypadkach odbyło się po przeprowadzeniu postępowania konkursowego.

Ponadto w latach 2012-2014 DOW NFZ nie zawierał umów w na podstawie art. 161 *ustawy o świadczeniach w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna*.

*(dowód: akta kontroli str. 6-14)*

Opis stanu faktycznego

**2.5** Wszystkie zrealizowane świadczenia zdrowotne w ramach umów w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej podlegały procesowi walidacji i weryfikacji w ramach projektu „Walidacje i Weryfikacje”. Procesom walidacji i weryfikacji podlegały zrealizowane świadczenia zdrowotne we wszystkich rodzajach świadczeń. Rozliczanie zrealizowanych świadczeń zdrowotnych w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna odbywało się na podstawie uprzednio zwalidowanych

raportów statystycznych przesyłanych do DOW NFZ. Walidacjom podlegało każde pojedyncze, zrealizowane świadczenia zdrowotne. Pozytywnie zwalidowane dane zawarte w raportach statystycznych podlegały następnie procesowi weryfikacji (dane negatywnie zwalidowane nie były ewidencjonowane w bazie świadczeń, w tym świadczenia nieprawidłowo udokumentowane, były odrzucane, nie wchodziły do raportu statystycznego). W przypadku walidacji sprawdzenia miały charakter logiczno-techniczny (np. odrzucano świadczenia, dla których podano datę świadczenia wcześniejszą niż data urodzenia pacjenta, albo nie podano wymaganych danych o tytule prawa do świadczeń, na podstawie którego może nastąpić finansowanie umowy z NFZ, albo przekazana wartość świadczenia była niezgodna z umową). W przypadku weryfikacji sprawdzenia bazowały na zasadach wynikających z umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej (np. sprawdzano czy wskazana cena refundacji leku w ramach programu lekowego nie jest wyższa niż limit określony w odpowiednim obwieszczeniu Ministra Zdrowia albo czy data sprawozdanego świadczenia nie koliduje z datami innych świadczeń na rzecz tego samego pacjenta)<sup>15</sup>.

*(dowód: akta kontroli str. 40-61)*

W 2012 r. zrealizowano świadczenia zdrowotne w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna na kwotę 27 525 259 zł<sup>16</sup>, w tym wysokość nadwykonań za 2012 r. wyniosła 2 144 232 zł (z uwzględnieniem zmian wysokości kontraktów w ciągu 2012 r.) tj. 8,44% wartości kontraktów na dzień 31 grudnia 2012 r.<sup>17</sup>). Najwięcej, tj. 1 452 679 zł nadwykonań stanowiły świadczenia w hospicjum domowym. Wartość niedowykonań na koniec 2012 r. wynosiła 29 942 zł.

W stosunku do początkowej wartości kontraktów wartość nadwykonań wynosiła za 2012 r. 6 097 992 zł, tj. 28,28% początkowej wartości kontraktów<sup>18</sup>, w tym 3 954 478 zł stanowiły świadczenia w hospicjum domowym. Wartość niedowykonań w stosunku do początkowej wartości kontraktów wynosiła 136 649 zł.

*(dowód: akta kontroli str. 92-99)*

W 2013 r. Dyrektor DOW NFZ wydał dwie zgody (nr 166/WZOZ/2013 i 167/WZOZ/2013) na zapłatę za świadczenia wykonane w 2012 r. ponad limit określony w umowie w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej. Ogółem w badanym okresie zawarto 21 ugód z tytułu udzielenia w okresie od dnia 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2012 r. świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w ilości przekraczającej liczbę jednostek rozliczeniowych na kwotę ogółem 1 607 809 zł. Cena za jednostkę rozliczeniową została zredukowana w zawartych ugodach do 75% u wszystkich ww. 21 świadczeniodawców. Ugody zawarto na całość świadczeń przekraczających liczbę jednostek rozliczeniowych określonych w umowie. Ogółem w DOW NFZ nie sfinansował świadczeń wykonanych w 2012 r. ponad limit na kwotę 536.423 zł., tj. 25%, ze względu na brak środków finansowych.

*(dowód: akta kontroli str. 62-79, 92-93, 100-104, 209-211)*

W 2013 r. wartość nadwykonań z tytułu realizacji świadczeń zdrowotnych w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna wyniosła 1 090 467 zł (z uwzględnieniem zmian

---

<sup>15</sup> Sprawdzenie poprawności zakwalifikowania pacjentów do opieki paliatywnej i hospicyjnej, zgodność liczby wykonanych świadczeń ze świadczeniami sprawozdawanymi do DOW NFZ do rozliczenia możliwe było jedynie podczas kontroli bezpośrednich DOW NFZ u świadczeniodawców.

<sup>16</sup> Wykonanie umów bez ugód wynosiło 25 319 164 zł, wykonanie umowy z ugodami wynosiło 27 525 259 zł.

<sup>17</sup> Wartość kontraktów na koniec roku wynosiła 25 410 970 zł, wartość kontraktów wraz z ugodami 27 018 779 zł.

<sup>18</sup> Początkowa wartość kontraktów wynosiła 21 563 917 zł.

wysokości kontraktów w ciągu 2013 r), tj. 3,71% wartości kontraktu na 31 grudnia 2012 r.<sup>19</sup>), w tym kwota 592 316 zł dotyczyła świadczeń w hospicjum domowym. Wartość niedowyońań wynosiła 17 690 zł.

W stosunku do początkowej wartości kontraktów wysokość nadwyońań za 2013 r. w stosunku do początkowej wartości kontraktów wynosiła 5 679 842 zł, tj. 22,81% początkowej wartości kontraktów<sup>20</sup>, w tym świadczenia w hospicjum domowym stanowiły 4 051 059 zł. Roczna wartość niedowyońań wynosiła 94 682 zł.

*(dowód: akta kontroli str. 92-99)*

W 2013 r. nie podpisywano ugód ze świadczeniodawcami z tytułu nadwyońań z realizacji świadczeń w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w ilości przekraczającej liczbę jednostek rozliczeniowych określonych w umowie. W grudniu, 2013 r. DOW NFZ zaproponował świadczeniodawcom, na podstawie zgody Dyrektora DOW NFZ nr 2009/WSOZ/2013, realizującym świadczenia w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna, podpisanie aneksów bilansujących i zwiększających wartość umów na łączną kwotę 3 362 944 ,70 zł, które stanowiły 80% nadwyońań po 11 miesiącach z prognozowanymi nadwyońaniami za grudzień 2013 r. Ogółem zawarto 26 aneksów bilansujących. DOW NFZ nie sfinansował świadczeń zdrowotnych zrealizowanych ponad limit w 2013 r. na kwotę 1 090 467 zł, tj. 19,2% świadczeń wykonanych ponad limit.

*(dowód: akta kontroli str. 92-99, 104-105, 106-123, 124-135, 209-211)*

Wartość nadwyońań według stanu na 14 lipca 2014 r. wynosiła 2 037 790 zł (w tym 1 202 183 zł nadwyońań dotyczyła świadczeń w hospicjum domowym), tj. 14,68% wartości kontraktu za 6 miesięcy 2014 r.<sup>21</sup>. Wartość niedowyońań według stanu na 14 lipca 2014 r. wynosiła 119 238 zł. Według stanu na 30 czerwca 2014 r. nadwyońania nie były płacone.

*(dowód: akta kontroli str. 92-99)*

Dyrektor DOW NFZ odnosząc się do powstałych nadwyońań w latach 2012-2014 (I półrocze) podała, że dynamika wzrostu, zarówno planowanych kosztów w pierwotnych planach zakupu, jak i wartości zawartych w pierwotnych umów w latach 2012-2014 świadczy o staraniach DOW NFZ odnośnie zwiększenia dostępności do tego rodzaju usług zdrowotnych w aspekcie zwiększonego zapotrzebowania wynikającego z udzielonych świadczeń w poprzednich okresach. Oddział planując rozdział środków na poszczególne rodzaje świadczeń bierze pod uwagę nie tylko dotychczasowy poziom realizacji usług medycznych, ale również konieczność sfinansowania świadczeń ratujących życie oraz udzielonych w trybie nagłym, czy chociażby świadczeń nielimitowanych, których główna część kontraktowana jest w ramach leczenia szpitalnego. Ponadto należy nadmienić, że proces planowania zakupu świadczeń na kolejny rok rozpoczyna się w okresie lipiec - sierpień poprzedniego roku. W tym okresie Oddział nie dysponuje jeszcze pełnymi danymi rozliczeniowymi świadczeniodawców o wykonanych świadczeniach za dany rok, ale jedynie prognozami sporządzonymi na podstawie danych sprawozdanych za okres styczeń - czerwiec, co też może mieć wpływ na ostateczne różnice w zaplanowanych i zrealizowanych kosztach. Oddział w trakcie trwania umów monitoruje na bieżąco poziom ich realizacji i w przypadku posiadania wolnych rezerw w danej pozycji Planu finansowego lub rozdziału dodatkowych środków w Planie finansowym, mając na uwadze istotny charakter przedmiotowych

<sup>19</sup> Wartość kontraktów na koniec 2013 r. wynosiła 29 426 110 zł.

<sup>20</sup> Początkowa wartość kontraktów na początek 2013 r. wynosiła 24 896 038 zł.

<sup>21</sup> Wartość kontraktów na 2014 r. wynosiła 27.754.194 zł, za 6 miesięcy 2014 r. - 13.883.823 zł.

świadczeń, podejmuje decyzję o zwiększeniu wartości zawartych kontraktów. Dynamika wzrostu realizacji usług świadczy o rosnącym zapotrzebowaniu na tego typu świadczenia. Niemniej jednak należy podkreślić, że świadczenia te nie są świadczeniami nielimitowanymi i ratującymi życie. Opieka nad pacjentem nieuleczalnie chorym to leczenie objawowe, która może odbywać się poprzez różne formy opieki dostępne w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego czy chociażby opieki długoterminowej. W przypadku braku możliwości objęcia opieką w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej, Świadczeniobiorcę należy wpisać na listę oczekujących lub wskazać innego świadczeniodawcę uwzględniając stan zdrowia i miejsce zamieszkania pacjenta.

W czasie trwania kontroli NIK, DOW NFZ był w trakcie przeprowadzania kwartalnej analizy realizacji świadczeń oraz analizy wniosków złożonych przez świadczeniodawców po zakończeniu II kwartału 2014. Oddział planował sfinansowanie świadczeń wykonanych ponad wartość zawartych umów za okres styczeń-czerwiec 2014 r. w ramach wolnych środków w tym rodzaju świadczeń.

*(dowód: akta kontroli str. 401-412)*

W latach 2012-2014 nie wystąpiły zobowiązania wymagalne wobec świadczeniodawców realizujących umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna. Oddział realizował terminowo, tj. zgodnie z ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zobowiązania z tytułu świadczonych usług przez świadczeniodawców.

*(dowód: akta kontroli str. 413-416)*

DOW NFZ nie prowadził postępowań sądowych w zakresie umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w latach 2012-2014 (I półrocze).

*(dowód: akta kontroli str. 20, 201)*

Uwagi dotyczące badanej działalności

NIK zwraca uwagę, że nadwykonania realizowane są na własny koszt i własne ryzyko świadczeniodawców. Złe wpływają na ich sytuację finansową, planowanie zatrudnienia czy zakup sprzętu. Tak duża skala nadwykonań w 2012 r. i 2013 r. w porównaniu z pierwotną wartością kontraktów świadczy o tym, iż przy planowaniu, które choć zgodne z obowiązującymi przepisami prawa, winna być przede wszystkim dokonana szczegółowa analiza potrzeb we współpracy z innymi podmiotami województwa dolnośląskiego odpowiedzialnymi za stan służby zdrowia. Właściwie określone potrzeby osób ubezpieczonych, ustalenie rzeczywistego kosztu świadczenia usług zdrowotnych (przy uwzględnieniu ograniczeń wynikających z wysokości dostępnych środków finansowych) winny być podstawą prowadzenia prac planistycznych

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości działalność DOW NFZ w zakresie finansowania opieki paliatywnej i hospicyjnej.

### **3. Ocena funkcjonowania nadzoru i kontroli oraz załatwiania skarg i wniosków.**

Opis stanu faktycznego

**3.1** Organizację działań w zakresie funkcjonowania nadzoru i kontroli w DOW NFZ, w tym w zakresie sprawowania opieki paliatywnej i hospicyjnej uregulowano zarządzeniem z dnia 13 maja 2009 r. Nr 23/2009/DSOZ w sprawie planowania, przygotowania i prowadzenia postępowania kontrolnego oraz realizacji wyników kontroli<sup>22</sup>. Ponadto zarządzeniem nr 87/2012/ZKW Prezesa Narodowego Funduszu

<sup>22</sup> Zarządzeniem nr 25/2009/DSOZ z dnia 19 maja 2009r. zmieniono zarządzenie nr 23/2009/DSOZ.

Zdrowia z dnia 6 grudnia 2012 r. wprowadzono regulamin kontroli wewnętrznej w NFZ.

W latach 2012-2014 (I półrocze) jednostką organizacyjną DOW NFZ upoważnioną do przeprowadzania kontroli był Dział Kontroli Realizacji Umów na Świadczenia. Poziom zatrudnienia w komórce kształtował się następująco: stan na 31 grudnia 2012 r. - 22 osoby, na 31 grudnia 2013 r. – 23 osoby, na 30 czerwca 2014 r. - 23 osoby.

(dowód: akta kontroli str. 25-29)

Działania DOW NFZ w zakresie sporządzenia planów kontroli realizacji umów o świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej ograniczyły się do ujęcia w Planie Kontroli na 2012 r. dwóch postępowań kontrolnych. W Planach Kontroli na lata 2013-2014 (I półrocze) nie przewidziano kontroli realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna. Kontrole zaplanowane na 2012 r. nie zostały zrealizowane.

(dowód: akta kontroli str. 30-32)

Jak wyjaśniła Dyrektor DOW NFZ, brak przeprowadzenia kontroli w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej wynikał z faktu, iż komórki organizacyjne DOW NFZ nie zgłaszały do ujęcia w planach kontroli propozycji kontroli obszarów w zakresie świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej. W tej sytuacji Zespół ds. Opracowania Planu Kontroli nie umieścił w Planach Kontroli w latach 2013-2014 (I półrocze) tego rodzaju świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 34-35)

W latach 2012-2014 (I półrocze) została przeprowadzona jedna kontrola koordynowana przez Centralę NFZ (koincydencja) w zakresie między innymi opieki paliatywnej i hospicyjnej. Kontrola została przeprowadzona w 2013 r. w Regionalnym Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Lubinie, w wyniku której oceniono pozytywnie realizację umowy nr 15/1/3302673/01/2012/01 w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej.

W latach 2012-2014 (I półrocze), z wyjątkiem ww. kontroli koordynowanej, w DOW NFZ nie wykonano innych kontroli niekoordynowanych i doraźnych w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej. Ostatnia kontrola planowa doraźna w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej odbyła się na przełomie marca i kwietnia 2011 r. w zakresie świadczenia usług w hospicjum domowym w Dolnośląskim Centrum Onkologii we Wrocławiu.

(dowód: akta kontroli str.30-32, 36-39, 91-91a)

W wyjaśnieniach Dyrektor DOW NFZ podała, że na powyższe wpływ miał: ograniczony stan zatrudnienia w komórce odpowiedzialnej za kontrole u świadczeniodawców ( sześciu pracowników Działu Kontroli Realizacji Umów na Świadczenia było powołanych do komisji konkursowej w rodzaju AOS), realizacja za akceptacją Dyrektora Oddziału zleconych kontroli doraźnych, realizacja zleconych przez Centralę NFZ kontroli koordynowanych planowych i kontroli koordynowanej doraźnej. Ponadto do Działu Kontroli Realizacji Umów na Świadczenia nie wpłynęły wnioski o przeprowadzenie kontroli doraźnych w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej.

(dowód: akta kontroli str. 34-35)

NIK podziela wyjaśnienia Dyrektora DOW NFZ odnośnie obciążenia pracą Działu Kontroli Realizacji Umów na Świadczenia (w 2012 r. przeprowadzono łącznie 41 kontroli doraźnych, w 2013 r. - 67 kontroli doraźnych, a w 2014 r. (I półrocze) 14 kontroli doraźnych), niemniej jednak w ocenie NIK, należy zwiększyć nadzór i kontrolę nad realizacją umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna.

Ustalone  
nieprawidłowości

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli ujęcie w planach kontroli DOW NFZ w latach 2012-2014 (I półrocze) zaledwie dwóch kontroli dotyczących realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna (kontrole ostatecznie nie zostały zrealizowane) oraz przeprowadzenie jednej kontroli koordynowanej, nie zapewnia rzetelnego nadzoru nad wykonaniem umów o świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Oznacza to, że istnieje małe prawdopodobieństwo spełnienia wymogu ustalonego przez Prezesa NFZ w § 41 ust. 1 zarządzenia nr 23/2009/DSOZ z dnia 13 maja 2009 r., co do objęcia każdego świadczeniodawcy kontrolą raz na 5 lat oraz nadzoru nad świadczeniodawcami w niektórych zakontraktowanych rodzajach świadczeń. Tym samym system kontroli w Oddziale nie spełniał funkcji prewencyjnej, co może mieć wpływ na jakość, dostępność i prawidłowość udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz prawidłowość ich rozliczania. Liczba kontroli przeprowadzonych przez DOW NFZ nie gwarantowała pożądanego poziomu weryfikacji prawidłowości realizacji umów zawartych przez Oddział ze świadczeniodawcami w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna.

Fundusz wypełnia funkcję płatnika ze środków pochodzących z obowiązkowych składek ubezpieczenia zdrowotnego i w związku z powyższym ze szczególną starannością winien monitorować jakość i sposób udzielania świadczeń zdrowotnych udzielanych osobom ubezpieczonym.

(dowód: akta kontroli str. 30-32)

Opis stanu faktycznego

**3.2.** Organizację przyjmowania, rozpatrywania i załatwiania skarg zgłaszanych do DOW NFZ, w tym skarg dotyczących wykonywania świadczeń w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej w kontrolowanym okresie, tj. w latach 2012-2014 (I półrocze) uregulowano w zarządzeniu nr 31/20/2010/DSS Prezesa NFZ z dnia 1 lipca 2010 r. *w sprawie rozpatrywania skarg i wniosków w NFZ* oraz w zarządzeniu nr 75/2011/DSS Prezesa NFZ z dnia 25 października 2011 r. *zmieniającym zarządzenie w sprawie rozpatrywania skarg i wniosków w NFZ*. Określone w tych zarządzeniach unormowania były zgodne z przepisami kpa oraz rozporządzenia *w sprawie organizacji, przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków*.

DOW NFZ rzetelnie prowadził rejestr skarg i wniosków skierowanych do NFZ, zgodnie z art. 254 ustawy z dnia 14 czerwca 1960r. kpa, tj. w sposób umożliwiający kontrolę przebiegu i terminów załatwiania poszczególnych spraw. W latach 2012-2014 (I półrocze) zaewidencjonowanych zostało pięć skarg dotyczących opieki paliatywnej i hospicyjnej. Wszystkie zgłoszone skargi zostały rozpatrzone rzetelnie w oparciu o zebrany materiał dowodowy, w każdym przypadku przeprowadzono postępowanie wyjaśniające, w oparciu kpa. Skargi rozpatrzono w terminach określonych w art. 35 i 36 kpa. Spośród pięciu skarg dotyczących opieki paliatywnej i hospicyjnej, trzy skargi zostały uznane za niezasadne, jedną skargę pozostawiono bez oceny,<sup>23</sup> jedną skargę uznano za zasadną.

(dowód: akta kontroli str. 23-24)

Ustalone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w zakresie załatwiania skarg i wniosków nie stwierdzono nieprawidłowości.

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność DOW NFZ w zakresie załatwiania skarg i wniosków, natomiast negatywnie wykonywanie nadzoru i kontroli nad podmiotami świadczącymi usługi związane z opieką paliatywną i hospicyjną.

<sup>23</sup> Skierowano do właściwej Instytucji celem rozpatrzenia.

#### **IV. Uwagi i wnioski**

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli<sup>24</sup>, wnosi o:

- 1. Podjęcie działań mających na celu zabezpieczenie optymalnej dostępności do świadczeń zdrowotnych poprzez m.in. zmianę obszarów kontraktowania na mniejsze (z województwa na grupy powiatów, z grup powiatów na powiaty, gminy), w celu osiągnięcia zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia w zakresie standardów opieki paliatywnej i hospicyjnej.**
- 2. Podjęcie działań w kierunku likwidacji różnic w nakładach na jednego ubezpieczonego w poszczególnych obszarach kontraktowania w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej.**
- 3. Weryfikację rozkładu czasu pracy personelu świadczeniodawców w celu wyeliminowania sytuacji, w której przerwa między wykonywaniem usług zdrowotnych w dwóch placówkach jest na tyle krótka, że niemożliwe jest punktualne rozpoczęcie pracy (opłacanej ze środków publicznych) w drugiej placówce.**
- 4. Zintensyfikowanie współpracy z organami samorządów terytorialnych, wojewodą, z konsultantem wojewódzkim w dziedzinie medycyny paliatywnej i hospicyjnej, w celu poprawy dostępności ubezpieczonych do opieki paliatywnej i hospicyjnej i właściwego oszacowania potrzeb w tym zakresie.**
- 5. Podjęcie działań mających na celu przekonanie/zachęcenie potencjalnych świadczeniodawców do rozszerzenia udzielanej opieki zdrowotnej w zakresie medycyny paliatywnej i hospicyjnej.**
- 6. Właściwe określenie potrzeb świadczeniodawców w zakresie zapotrzebowania na usługi zdrowotne w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna, tak aby realizacja usług kontraktowych nie zmuszała świadczeniodawców do realizacji świadczeń ponad limit określony w zawartej z DOW NFZ umowie.**
- 7. Podjęcie działań zmierzających do poprawy nadzoru i zintensyfikowania kontroli w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej. Uwzględnienie w planowanych kontrolach świadczeniodawców zagadnień dotyczących opieki paliatywnej i hospicyjnej.**

#### **V. Pozostałe informacje i pouczenia**

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

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do Dyrektora Delegatury NIK we Wrocławiu.

---

<sup>24</sup> Dz. U. z 2012 r., poz.82.



Obowiązek  
poinformowania  
NIK o sposobie  
wykorzystania uwag  
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Delegatury Najwyższej Izby Kontroli we Wrocławiu, w terminie 30 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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

Wrocław, dnia 28 sierpnia 2014 r.

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura we Wrocławiu  
Dyrektor

Kontrolerzy:  
Magdalena Barzęc  
Specjalista kontroli państwowej

z up. Zdzisław Poręba  
p.o. Wicedyrektor

.....  
*podpis*

.....  
*podpis*

Renata Kojro  
Starszy inspektor kontroli państwowej

.....  
*podpis*