



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Delegatura w Zielonej Górze

LZG – 4101-007-01/2014  
P/14/062

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Delegatura w Zielonej Górze  
ul. Podgórna 9a, 65-213 Zielona Góra  
T +48 68 410 66 00, F +48 68 410 66 39  
[lzg@nik.gov.pl](mailto:lzg@nik.gov.pl)

## I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/14/062 – Opieka medyczna nad osobami w wieku podeszłym.
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Zielonej Górze.
Kontroler	Anna Tronowicz, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 90724 z dnia 21 maja 2014 r.  (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Zielonej Górze, zwany dalej <i>Funduszem</i> lub <i>Oddziałem</i> .
Kierownik jednostki kontrolowanej	Stanisław Łobacz, Dyrektor Oddziału od 15 maja 2008 r.  (dowód: akta kontroli str. 4)

## II. Ocena kontrolowanej działalności

### Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie<sup>1</sup> działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

### Uzasadnienie oceny ogólnej

Świadczenia zdrowotne dla osób w wieku podeszłym, na terenie województwa lubuskiego, udzielane są w dwóch oddziałach szpitalnych i jednej poradni geriatrycznej oraz w jednym szpitalu psychiatrycznym udzielającym świadczeń psychogeriatrycznych.

Oddział podjął działania w celu zabezpieczenia osobom w wieku podeszłym dostępu do świadczeń geriatrycznych poprzez uwzględnienie ich w planie zakupu, zawarcie umów ze wszystkimi świadczeniodawcami, którzy przystąpili do postępowań konkursowych oraz systematycznym (z roku na rok) zwiększaniem środków finansowych na świadczenia geriatryczne.

Umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu geriatryki poddawane były walidacji i weryfikacji oraz bieżącemu monitoringowi poziomu ich wykonania.

Oddział w latach 2011-2013 sfinansował także wykonanie świadczeń ponad limit wynikający z zawartych umów<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> w 100 lub około 100%.

### III. Opis ustalonego stanu faktycznego

#### 1. Zapewnienie osobom w wieku podeszłym dostępu do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych

Opis stanu faktycznego

W okresie objętym kontrolą świadczenia zdrowotne dla osób w wieku podeszłym udzielane były w dwóch oddziałach szpitalnych: w NZOZ Szpitalu im. Dr nauk med. Radzimira Śmigielskiego w Skwierzynie (dalej *Szpital w Skwierzynie*), w Powiatowym Centrum Usługowym sp. z o.o. „Szpital na Wyspie” w Żarach (dalej *Szpital w Żarach*), w dwóch poradniach geriatrycznych: w NZOZ Centrum Medyczne „Dormed” w Sulechowie (w 2011-2013), w Szpitalu w Skwierzynie (w 2012-2014) oraz w zakresie stacjonarnych świadczeń psychogeriatrycznych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym dla Psychicznie i Nerwowo Chorych w Ciborzu. Plan zakupu świadczeń na poszczególne lata okresu 2011-2014 tworzony był przy uwzględnieniu ustalonych przez Oddział priorytetów regionalnych, centralnych wskazanych przez Centralę NFZ oraz ogólnopolskich ujętych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych<sup>3</sup>. Poza priorytetem ogólnopolskim, żaden z priorytetów centralnych i regionalnych nie uwzględniał świadczeń z zakresu geriatry. W latach 2011-2012 jednym z priorytetów centralnych, uwzględnionym w planie zakupu świadczeń, była poprawa dostępności do świadczeń z zakresu endoprotezoplastyki (zmniejszenie kolejek oczekujących) w grupie pacjentów powyżej 60. roku życia. Udział wartości świadczeń z zakresu endoprotezoplastyki (w latach 2011-2014 - do 31 maja 2014 r.) udzielonych pacjentom powyżej 60. roku życia zwiększał się i wynosił odpowiednio: 17.240,1 tys. zł, 19.472,0 tys. zł, 20.495,3 tys. zł, 9.712,6 tys. zł, stanowiąc odpowiednio 73%, 76%, 77% i 77% wartości łącznego wykonania świadczeń z zakresu endoprotezoplastyki z danego roku. Mimo braku ujęcia w priorytetach regionalnych świadczeń z zakresu geriatry, w planie zakupu świadczeń na lata 2012-2014 r. zakładano poprawę dostępności świadczeń szpitalnych, szczególnie w grupie pacjentów powyżej 60. roku życia.

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych Oddziału Monika Giblewska wyjaśniła, że nieakcentowanie dostępności do świadczeń geriatrycznych poprzez określenie ich jako priorytetowych, uzasadnia realizowanie świadczeń zdrowotnych dla tej grupy pacjentów również w innych zakresach i rodzajach. Wyniki przeprowadzonych porównań województwa lubuskiego do średniej krajowej w zakresie nakładów finansowych na świadczenia geriatryczne wskazują na zadawalający i stały ich wzrost.

(dowód: akta kontroli str. 44-47, 60-64, 67, 73-76, 106-107, 114-123, 145, 167, 570-572)

Udział wartości świadczeń związanych z leczeniem zaćmy dla pacjentów powyżej 60. roku życia w latach objętych kontrolą wahał się w województwie lubuskim od 89,1% do 90,3% wartości wykonania wszystkich świadczeń z tego zakresu<sup>4</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 568)

Koszty leczenia pacjentów po 60. roku życia (liczone dla 13 Jednolitych Grup Pacjentów – JGP<sup>5</sup>) w Szpitalu w Skwierzynie i w Żarach na oddziałach

<sup>3</sup> Dz. U. Nr 137, poz. 1126.

<sup>4</sup> W 2011 r. – 12.712,2 tys. zł (90,3 % wszystkich świadczeń z zakresu leczenia zaćmy), w 2012 r. – 12.269,1 tys. zł (89,1 %), w 2013 r. 14.084,0 tys. zł (90,1 %), w 2014 r. do 30.06. – 6.513,9 tys. zł (90,3 %).

geriatrycznych wyniosły 5.618,5 tys. zł, natomiast na oddziałach wewnętrznych 4.542,3 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 569)

Zatwierdzenie planu zakupu świadczeń następowało w sierpniu, tj. 31 za 2011 r., 10 za 2012 r., 14 za 2013 r. i 23 za 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 153, 570-572)

Planowane środki na świadczenia zdrowotne z zakresu geriatryki zwiększały się, a ich udział w poszczególnych latach objętych kontrolą wahał się od 0,31% do 0,34% sumy wszystkich świadczeń. Wysokość środków w latach 2011-2014 wyniosła łącznie 18.177,1 tys. zł<sup>6</sup>, w tym na leczenie szpitalne (LSZ) 11.320,9 tys. zł (62,3%), na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną (AOS) 111,1 tys. zł (0,6%) oraz psychogeriatricę 6.745,2 tys. zł (37,1%)<sup>7</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 28, 570-572)

Kontraktowanie LSZ, AOS i psychogeriatrici obejmowało w poszczególnych latach obszar całego województwa lubuskiego bądź podział na północną i południową grupę powiatów<sup>8</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 29-31, 570-572)

Ustalanie obszarów kontraktowania następowało przy uwzględnieniu liczby potencjalnych świadczeniodawców oraz wskaźnika dostępności do świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych w porównaniu do innych województw.

Średnia wartość kontraktowania, w okresie objętym kontrolą, w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych wahała się w LSZ od 22,2 tys. zł do 33,7 tys. zł przy średniej krajowej wynoszącej od 11,2 tys. zł do 18,5 tys. zł; w AOS od 0,07 tys. do 0,3 tys. zł przy średniej krajowej od 0,4 tys. zł do 0,9 tys. zł, w psychogeriatrici od 15,9 tys. zł do 19,0 tys. zł przy średniej krajowej od 9,4 tys. zł do 11,9 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 154-166, 570-572)

W przekazywanych przez Szpital w Żarach do Oddziału comiesięcznych raportach wykazywano, że od stycznia 2011 r. do stycznia 2014 r. brak było osób oczekujących na udzielenie świadczenia na oddziale geriatrycznym. Tymczasem kontrola przeprowadzona przez Najwyższą Izbę Kontroli w Szpitalu w Żarach, w zakresie opieki medycznej nad osobami w wieku podeszłym wykazała, że w okresie od stycznia 2011 r. do stycznia 2014 r. były osoby oczekujące na przyjęcie na Oddział. W tym okresie czas oczekiwania na udzielenie świadczenia wynosił od 1 do 8 dni w styczniu 2011 r.; od 1 do 19 dni w styczniu 2012 r.; od 0 do 14 dni w czerwcu 2012 r.; od 1 do 8 dni w styczniu 2013 r., od 7 do 23 dni w czerwcu 2013 r. oraz od 0 do 15 dni w styczniu 2014 r.

(dowód: akta kontroli str. 36-37, 581-585)

<sup>5</sup> A35 - choroby zwyrodnieniowe OUN, A45 - choroby naczyń mózgowych - leczenie zachowawcze, E53 - niewydolność krążenia >69r. ż. lub z PW, E73 - choroby zastawek serca >17 r. ż., E77 - inne choroby układu krążenia > 17 r. ż., K27 - zaburzenia odżywienia, K28 - wrodzone wady metaboliczne, L84 - inne choroby nerek, Q66 - choroby naczyń, H56 - zespoły bólowe kręgosłupa, H89 - choroby niezapalne kości i stawów, E88 - nadciśnienie tętnicze > 17 r. ż., E56 - choroba niedokrwienne serca.

<sup>6</sup> Plan zakupu świadczeń po zmianach.

<sup>7</sup> w 2011 r. - 4.126,8 zł (0,33% całego planu), w tym LSZ - 2.500,4 zł, AOS - 16,7 tys. zł oraz psychogeriatricę - 1.609,7 tys. zł; w 2012 r. - 4.401,4 tys. zł (0,31%), w tym LSZ - 2.660,1 tys. zł, AOS - 41,6 tys. zł oraz psychogeriatricę - 1.699,8 tys. zł; w 2013 r. - 4.801,7 tys. zł (0,34%), w tym LSZ 3.105,6 tys. zł, AOS - 12,5 tys. zł oraz psychogeriatricę 1.683,7 tys. zł; w 2014 r. - 4.847,2 tys. zł (0,34%), w tym LSZ - 3.054,8 tys. zł, AOS - 40,3 tys. zł oraz psychogeriatricę - 1.752,0 tys. zł.

<sup>8</sup> Północna część województwa obejmująca powiat gorzowski, międzyrzecki, ślubicki, strzelecko-drezdenecki, sulęciński, miasta Gorzów Wlkp.; południowa część województwa obejmująca powiat krośnieński, nowosolski, świebodziński, zielonogórski, żagański, żarski, wschowski, miasta Zielona Góra.

Zastępca Dyrektora ds. Medycznych Oddziału, opisując działania zmierzające do wyeliminowania w przyszłości takich przypadków wskazała, że w planie kontroli na 2015 rok przewiduje się dokonanie oceny u świadczeniodawców prawidłowości prowadzenia list oczekujących ze szczególnym uwzględnieniem przypadków, w których nie wykazywano kolejek oczekujących. Dnia 29 lipca 2014 r. odbyło się spotkanie ze świadczeniodawcami realizującymi umowy w zakresie leczenia szpitalnego, w trakcie którego poruszono m.in. temat rzetelnego sporządzania przez świadczeniodawców sprawozdań pacjentów oczekujących na udzielenia świadczenia zdrowotnego. Dodatkowo 31.12.2013 r. Dyrektor Oddziału zarządzeniem nr 229/2013 powołał zespół roboczy do spraw kolejek pacjentów oczekujących na świadczenia, który opracowuje propozycje (wspólnie z przedstawicielami innych oddziałów NFZ i Centrali) zmierzające do wzmocnienia nadzoru nad świadczeniodawcami w zakresie m.in. prawidłowego sprawozdawania kolejek oczekujących.

(dowód: akta kontroli str. 579-580, 586-588)

Od lutego 2014 r. Szpital w Żarach w informacji o liczbie oczekujących, jak i średnim czasie oczekiwania na przyjęcie na oddział wykazał: 76 oczekujących w lutym, 69 w marcu, 59 w kwietniu i 54 w maju 2014 r. i odpowiednio średni czas oczekiwania 1, 2, 4 i 5 dni.

(dowód: akta kontroli str. 36-37)

W poprzednim okresie kontraktowania (przed 2011 r.) świadczenia geriatryczne w ramach AOS i LSZ udzielane były przez jednego świadczeniodawcę, a w ramach psychogeriatry przez dwa podmioty.

(dowód: akta kontroli str. 35, 570-572)

Na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie geriatry przeprowadzono 6 postępowań konkursowych, w tym:

- jedno dotyczące LSZ (ogłoszone 17.09.2010 r.), obejmujące obszar województwa lubuskiego. W postępowaniu oferty złożyło dwóch oferentów: Szpital w Skwierzynie<sup>9</sup> oraz Szpital w Żarach<sup>10</sup>. Z każdym z oferentów zawarto umowę na okres od 01.01.2011 do 31.12.2014 r.

- dwa dotyczące AOS: pierwsze (ogłoszone w dniu 17.09.2010 r.), obejmujące obszar województwa lubuskiego oraz postępowanie ogłoszone w dniu 27.04.2012 r., obejmujące północną część województwa. W każdym postępowaniu złożona została jedna oferta. W pierwszym przez NZOZ Centrum Medycznego „Dormed” w Sulechowie (południe województwa), w drugim przez Szpital w Skwierzynie. Z obydwoma oferentami zawarta została umowa: z Centrum Medycznym „Dormed” w Sulechowie na kwotę 22.680 zł i okres od 1.01.2011 r. do 31.12.2014 r.; ze Szpitalem w Skwierzynie na kwotę 30.240 zł i okres od 1.06.2012 r. do 31.12.2014r.;

- trzy w zakresie psychogeriatry, w tym dwa ogłoszone 19.04.2010 r., z których jeden dotyczył północnej, a drugi południowej części województwa. W każdym postępowaniu zgłosił się jeden oferent - Wojewódzki Szpital Specjalistyczny dla Psychicznicy i Nerwowo Chorych w Ciborzu (postępowanie dotyczące południowej części województwa) i Samodzielny Publiczny Szpital dla Nerwowo i Psychicznicy Chorych w Międzyrzeczu (postępowanie dotyczące północnej części województwa) oraz postępowanie ogłoszone 15.03.2013 r. obejmujące obszar całego województwa lubuskiego, w którym wpłynęła jedna oferta - Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego dla Psychicznicy i Nerwowo Chorych w Ciborzu. W wyniku

<sup>9</sup> Szpital położony w północnej części województwa.

<sup>10</sup> Szpital położony w południowej części województwa.

przeprowadzonych postępowań zawarto dwie umowy ze Szpitalem w Ciborzu (Szpital w Międzyrzeczu wycofał ofertę) na kwotę 750.025 zł i okres od 1.07.2010 r. do 30.06.2013 r. oraz na kwotę 883.200 zł i okres od 1.07.2013 r. do 30.06.2016 r.

(dowód: akta kontroli str. 171-178, 212, 570-572)

W okresie objętym kontrolą, Oddział otrzymał opracowanie sporządzone przez Wojewodę Lubuskiego na podstawie raportów rocznych z działalności konsultantów wojewódzkich w dziedzinie ochrony zdrowia za 2010 r. i I półrocze 2011 r.<sup>11</sup> oraz sprawozdanie z działalności konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie geriatry (za 2012 r.)<sup>12</sup>. W ww. dokumentach stwierdzono m.in., że dostęp do opieki geriatrycznej jest niewystarczający, przede wszystkim z uwagi na brak lekarzy geriatrów. Do poprawy sytuacji przyczynić miało się wpisanie (w 2012 r.) Oddziału Geriatrycznego Szpitala w Żarach na listę jednostek posiadających akredytację na specjalizowanie w dziedzinie geriatry (jako jedyne w województwie) i stworzenie możliwości dla zainteresowanych specjalizacją lekarzy do odbywania szkoleń w obrębie województwa. W ramach współpracy, konsultant wojewódzki poinformował Oddział o wynikach swojej wizytacji w poradni geriatrycznej w Sulechowie, akcentując bardzo dobre przygotowanie merytoryczne przyjmującego tam lekarza geriatry oraz poparł zamiar utworzenia w Szpitalu w Torzymiu oddziału geriatrycznego.

Do Oddziału zwracano się o określenie potencjalnej możliwości zakontraktowania świadczeń z zakresu geriatry w ramach AOS w Szpitalu w Torzymiu, a w ramach LSZ w Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wlkp. (w przypadku utworzenia oddziału geriatrycznego)<sup>13</sup> i Torzymiu<sup>14</sup> (północ województwa). W odpowiedzi Oddział powoływał się na zakończone postępowania konkursowe, w wyniku których zawarte zostały umowy wieloletnie na udzielanie świadczeń geriatrycznych. Deklarując jednocześnie, że po przeprowadzeniu stosowanych analiz Oddział uwzględni ewentualnie w planie zakupu świadczeń na 2015 rok dodatkowe środki finansowane na świadczenia z zakresu geriatry.

(dowód: akta kontroli str. 181-197, 204-210, 570-572)

W dniu 31 marca 2014 r. wobec nierealizowania świadczeń z powodu braku lekarza geriatry rozwiązano umowę z podmiotem udzielającym świadczeń geriatrycznych w ramach AOS<sup>15</sup>. Wobec udzielania świadczeń w zakresie geriatry w ramach AOS tylko przez jeden podmiot, w zależności od przewidywanej zmiany ustawy o świadczeniach zdrowotnych, (w projekcie zakłada się możliwość przedłużenia obowiązywania zawartych umów), Zastępca Dyrektora ds. Medycznych Oddziału oświadczyła, że Oddział rozważy ogłoszenie uzupełniającego postępowania konkursowego na świadczenia zdrowotne w ramach AOS.

(dowód: akta kontroli str. 179-180, 211, 570-572)

Ustalone  
nieprawidłowości

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

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

<sup>11</sup> Pismo Lubuskiego Urzędu Wojewódzkiego z dnia 27.02.2012 r., nr PS-II.962.13.2012.RCze.

<sup>12</sup> Pismo Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie geriatry z dnia 12.02.2013 r., przekazane do wiadomości przez Lubuski Urząd Wojewódzki.

<sup>13</sup> Pismo z dnia 10.11.2011 r., nr DZ.III.9024.155.2011 Urzędu Marszałkowskiego Województwa Lubuskiego.

<sup>14</sup> Pismo z dnia 28.05.2013 r., nr SZP.XXI.074-18/2013, z dnia 4.11.2013 r., nr SZP.XXI-074-50/2013 Lubuskiego Szpitala Specjalistycznego Pulmonologiczno-Kardiologicznego w Torzymiu sp. z o.o. oraz Konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie geriatry z dnia 13.11.2013 r.

<sup>15</sup> Centrum Medyczne „DORMED” w Sulechowie.

## 2. Finansowanie świadczeń zdrowotnych dla osób w wieku podeszłym

### 2.1. Rozliczanie umów o świadczenia zdrowotne dla osób w wieku podeszłym

Opis stanu faktycznego

W wyniku przeprowadzenia wcześniej wymienionych 6 postępowań konkursowych<sup>16</sup> na udzielenie świadczeń zdrowotnych z zakresu geriatry zawarto 6 umów, z 4 świadczeniodawcami. W każdym roku objętym kontrolą łączne kwoty z umów były wyższe od kwot zakontraktowanych w roku poprzednim<sup>17</sup>. Łącznie wyniosły 17.719,0 tys. zł, z czego w LSZ – 10.787,2 tys. zł<sup>18</sup>, w psychogeriatry - 6.783,3 tys. zł<sup>19</sup>, w AOS – 148,5 ty. zł<sup>20</sup>.

W żadnym postępowaniu konkursowym nie stwierdzono kłamstwa ofertowego.

(dowód: akta kontroli str. 171-178, 215, 252, 573-574)

Rozliczanie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych następowało przy uwzględnieniu przepisów prawa powszechnie obowiązującego i wewnętrznego, m.in. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych<sup>21</sup>, rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych<sup>22</sup> oraz zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w poszczególnych rodzajach, które określają m.in. zasady sprawozdawania, rozliczania i finansowania świadczeń.

Corocznie Dyrektor Oddziału, powoływał kilkusobowy zespół (od 8 do 9 osób), w celu dokonania uzgodnień ze świadczeniodawcami wysokości kwot zobowiązania Oddziału z tytułu ostatecznego rozliczenia świadczeń<sup>23</sup>. Końcowe rozliczenie następowało przy uwzględnieniu wytycznych określonych w pismach Prezesa NFZ (rozliczenie za 2012 i 2013 rok), zgodnie z którymi określono m.in. wykaz świadczeń, które ze względu na swój charakter i koszty poniesione przez świadczeniodawców na ich wykonanie winny zostać sfinansowane<sup>24</sup>, rodzaje świadczeń ponadlimitowych podlegające wyłączeniu.

(dowód: akta kontroli str. 484, 486-548, 573-574)

Weryfikacja raportów sprawozdawczych z wykonanych świadczeń następowała w sposób automatyczny, za pomocą systemu informatycznego Oddziału, w oparciu o Centralne Warunki Walidacyjne (dalej CWW) oraz Centralne i Oddziałowe Reguły

<sup>16</sup> Jedno dotyczące LSZ, dwa dotyczące AOS i trzy dotyczące psychogeriatry.

<sup>17</sup> W 2011 r. - 3.873,2 tys. zł, w 2012 r. - 4.356,4 tys. zł, w 2013 r. - 4.653, 4 tys. zł, w 2014 r. - 4.836,0 tys. zł (dane według stanu na styczeń - poza wielkościami w AOS – 2012 r., które obejmują świadczenia zakontraktowane na 1.01. w wysokości 30,2 tys. zł i 1.06. w wysokości 30,2 tys. zł).

<sup>18</sup> W 2011 r. – 2.269,5 tys. zł, w 2012 r. – 2.597,7 tys. zł, w 2013 r. – 2.865,2 tys. zł, w 2014 r. 3.054,8 tys. zł.

<sup>19</sup> W 2011 r. – 1.581,0 tys. zł, w 2012 r. – 1.698,2 tys. zł, w 2013 r. - 1.752,1 tys. zł, w 2014 r. – 1.752,0 tys. zł.

<sup>20</sup> W 2011 r. – 22,7 tys. zł, w 2012 r. – 60,5 tys. zł, w 2013 r. – 36,1 tys. zł, w 2014 r. – 29,2 tys. zł.

<sup>21</sup> Dz. U. Nr 81, poz. 484.

<sup>22</sup> Dz. U. z 2013 r., poz. 1447.

<sup>23</sup> Zarządzenia: nr 29/2012 Dyrektora LOW NFZ z dnia 3.02.2012 r., nr 14/2013 z dnia 28.01.2013 r., nr 6/2014 z dnia 22.01.2014 r.

<sup>24</sup> Pisma Prezesa NFZ z dnia 23.01.2013 r., nr NFZ/CF/DEF/2013/W01811/BE oraz z dnia 21.01.2013 r., nr NFZ/CF/DEF/2013/W01498/BE.

Weryfikacyjne (dalej CiORW<sup>25</sup>) i odbywała się na czterech etapach. W pierwszym etapie walidacyjnym, raporty świadczeniodawców wysyłane przez świadczeniodawców sprawdzane były w oparciu o CWW. W wyniku przeprowadzonej walidacji raport przyjmowany był do bazy Funduszu lub odrzucany ze stosowanym komunikatem informującym świadczeniodawcę o wykrytych błędach. Warunki walidacyjne oparto przede wszystkim na zapisach rozporządzenia w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (np. sprawdzenie zgodności daty urodzenia pacjenta z jego numerem PESEL). Raporty, w których nie stwierdzono błędów na etapie walidacji podlegały weryfikacji wstępnej, przeprowadzanej na podstawie CiORW. Lista sprawdzeń obejmowała sprawdzenia wspólne (dla wszystkich rodzajów) np. sprawdzenie zgodności rozliczenia świadczenia z wiekiem pacjenta, sprawdzenie płci i daty urodzenia pacjenta z jego numerem PESEL oraz sprawdzenia właściwe dla poszczególnych rodzajów, m.in. sprawdzenie dnia tygodnia udzielania świadczenia w kontekście harmonogramu pracy poradni, sprawdzenie dnia tygodnia udzielenia świadczenia w kontekście harmonogramu pracy personelu, sprawdzenie typu personelu wykonującego świadczenie (AOS), sprawdzenie współwystępowania różnych hospitalizacji w ramach tego samego świadczeniodawcy (LSZ). W przypadku stwierdzenia błędu podczas weryfikacji, świadczenie nie było finansowane. Zapłacie podlegały świadczenia zweryfikowane i nie oznaczone błędem. Raz w miesiącu przeprowadzana była weryfikacja wsteczna, obejmująca zarówno świadczenia rozliczone, jak i nierozliczone. W 2013 r. uzupełniająco, po zakończeniu roku, przeprowadzona została weryfikacja dodatkowa. W jej wyniku nie stwierdzono nieprawidłowości w zakresach świadczeń geriatrycznych.

(dowód: akta kontroli str. 216-238, 573-574)

Sfinansowaniu podlegały świadczenia, które przeszły pozytywnie etap walidacji i weryfikacji wstępnej. W przypadku, gdy w wyniku weryfikacji wstecznej lub dodatkowej stwierdzono błąd w świadczeniu zapłaconym, generowany był szablon korygujący, na podstawie którego świadczeniodawca wystawiał fakturę korygującą.

(dowód: akta kontroli str. 222, 573-574)

Świadczenia oznaczone błędem w wyniku walidacji/weryfikacji były na bieżąco poprawiane przez świadczeniodawców. W procesie weryfikacji, w latach 2011-2014, ujawniono 2.040 błędów/ostrzeżeń, na łączną kwotę 4.653,5 tys. zł<sup>26</sup>. Najczęściej dotyczyły one niewypełnienia ankiety udarowej, niezgodności statusu ubezpieczenia pacjenta ze statusem ubezpieczenia w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych (CWU), nie przekazania informacji o trybie przyjęcia pacjenta, nieprawidłowości w zakresie współwystępowania świadczenia pohospitalizacyjnego z hospitalizacyjnym, koincydencji świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 221-222, 239-246, 552, 573-574)

Weryfikacja z dnia 20.06.2014 r. wykazała, że u dwóch świadczeniodawców LSZ w zakresie geriatry, występują cztery błędy (na łączną kwotę 7.228 zł): dwa dotyczące koincydencji świadczeń<sup>27</sup> oraz dwa dotyczące niezgodności w zakresie wieku pacjenta<sup>28</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 226, 573-574)

<sup>25</sup>Weryfikacja na podstawie CiORW do dnia 28.02.2014 r. Po tym dniu nie stosowano oddziałowych reguł weryfikacyjnych wyłącznie centralne.

<sup>26</sup> W 2011 r. 212 błędów na kwotę 475.153,64 zł, w 2012 r. 1615 błędów na kwotę 3.775.276,20 zł, w 2013 r. 171 błędów na kwotę 301 805 zł i w 2014 r. 42 błędy na kwotę 101.310,70 zł.

<sup>27</sup> Szpital w Żarach.

<sup>28</sup> Szpital w Skwierzynie.

Z uwagi na brak sygnałów o nieprawidłowościach w zakresie realizacji umów o świadczenia zdrowotne w zakresie geriatry, Oddział nie zwracał się bezpośrednio do świadczeniobiorców o informację dotyczącą świadczeń geriatrycznych.

(dowód: akta kontroli str. 252)

Ustalone  
nieprawidłowości

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

## 2.2. Kontrole wykonania umów

Opis stanu  
faktycznego

Corocznie Dyrektor Funduszu powoływał kilkusobowy (od 5 do 9 osób) zespół ds. opracowania planu kontroli, składający się z przedstawicieli różnych komórek organizacyjnych Funduszu.<sup>29</sup> Na podstawie propozycji komórek organizacyjnych oraz tematów kontroli przekazanych przez Centralę NFZ, zespół przygotowywał zagadnienia problemowe oraz definiował zagrożenia związane z realizacją umów i opracowywał projekt planu. Zatwierdzony przez Dyrektora Oddziału plan kontroli przekazywano do Centrali NFZ w terminie określonym w § 40 ust. 5 zarządzenia Prezesa NFZ z dnia 13 maja 2009 r. w sprawie planowania, przygotowania i prowadzenia postępowania kontrolnego oraz realizacji wyników kontroli, tj. do 31 grudnia.

(dowód: akta kontroli str. 254-286, 577)

W okresie objętym kontrolą, przeprowadzono 3 kontrole (2 planowe i jedną weryfikację) u 3 świadczeniodawców realizujących świadczenia w zakresie geriatry. W ramach jednej z kontroli przeprowadzonej w Szpitalu w Skwierzynie (obejmującej LSZ i AOS) sprawdzono organizację i sposób udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie geriatry, w tym zgodność warunków lokalowych, personelu oraz sprzętu i aparatury medycznej z deklaracjami wynikającymi z umowy o realizację świadczeń. Ustalenia kontrolne dotyczyły niezapewnienia całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia, nie spełniania przez świadczeniodawcę warunku równoważnika, co najmniej jednego etatu specjalisty w dziedzinie gerontologii lub geriatry, różnice w sprzęcie medycznym zadeklarowanym, a faktycznie wykorzystywanym<sup>30</sup> (w zakresie LSZ) oraz ograniczanie dostępności do świadczeń poprzez nieudzielanie ich w przewidzianych do tego terminach (w zakresie AOS)<sup>31</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 289-254, 577)

Zakres pozostałych 2 kontroli (w Szpitalu w Żarach oraz w poradni w Sulechowie) obejmował prawidłowość rozliczenia świadczeń zdrowotnych, w tym w zakresie geriatry. W ich wyniku stwierdzono brak podstaw do rozliczenia hospitalizacji trwającej powyżej 2 dni oraz rozbieżności pomiędzy rozpoznaniem przekazanym w raportach statystycznych, a danymi wynikającymi z indywidualnej dokumentacji medycznej, kwestionując prawidłowość rozliczenia 2 świadczeń z zakresu geriatry na łączną kwotę 3.848 zł<sup>32</sup> (w Szpitalu w Żarach) oraz rozliczenie 2 nieudzielonych świadczeń na łączną kwotę 79,80 zł (w poradni w Sulechowie). W związku ze

<sup>29</sup> Zarządzenie nr 290/2010 z dnia 15.10.2010 r., nr 201/2011 z dnia 14.10.2011 r., nr 204/2012 z dnia 18.10.2012 r., nr 188/2013 z dnia 26.09.2013 r.

<sup>30</sup> Kontrola planowa przeprowadzona w 2014 r. w Szpitalu w Skwierzynie.

<sup>31</sup> Protokół nr 2/2014 z kontroli przeprowadzonej w okresie od 13.02.2014 r. do 27.06.2014 r. w Skwierzynie. Kontrola nieprawomocna, do dnia zakończenia czynności kontrolnych w Oddziale do Szpitala w Skwierzynie nie wystosowano wystąpienia pokontrolnego.

<sup>32</sup> Kontrola planowa przeprowadzona w 2013 r. w Szpitalu w Żarach - wystąpienie pokontrolne z 13.09.2013 r., nr WSOZ-III 092-70/2013.

stwierdzonymi nieprawidłowościami świadczeniodawcy naliczono karę umowną w wysokości 218,68 zł<sup>33</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 253, 355-360, 363-391, 577)

W postępowaniu konkursowym (wszczętym 17.09.2010 r.) dotyczącym udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie geriatry w ramach LSZ, w złożonej ofercie Szpital w Żarach nie spełniał 2 wymogów (zapewnienia całodobowej realizacji badań RTG oraz udziału fizjoterapeuty w realizacji świadczeń), które zobowiązał się spełnić, co uczynił przed podpisaniem umowy.

(dowód: akta kontroli str. 171, 422, 577)

W ramach 3 postępowań konkursowych<sup>34</sup> przed zawarciem umowy przeprowadzona została u oferenta kontrola w zakresie potwierdzenia zgodności danych zawartych w ofercie ze stanem faktycznym. W żadnej z nich nie stwierdzono niezgodności.

(dowód: akta kontroli str. 171, 173, 176, 577)

Oddział nie był kontrolowany w zakresie kontraktowania świadczeń zdrowotnych dla osób w wieku podeszłym oraz nie złożono skarg dotyczących świadczeń z zakresu geriatry.

(dowód: akta kontroli str. 392-394)

Ustalone  
nieprawidłowości

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

### 2.3. Analiza poziomu wykonania umów

Opis stanu  
faktycznego

Oddział przeprowadzał analizę wykonania umów raz w miesiącu, według rodzaju (LSZ, AOS, psychogeriatry), zakresu i świadczeniodawcy. Dodatkowo, w zależności od potrzeb przeprowadzane były analizy szczegółowe, według różnej struktury, m.in. określającej liczbę pacjentów i udzielonych porad (w zakresie AOS i LSZ); udział świadczeń udzielonych pacjentom w wieku powyżej 65. roku życia w LSZ; zakresy, w których leczono pacjentów powyżej 65. roku życia i powody hospitalizacji oraz porównanie wykonania umów w ramach AOS z różnych okresów.

(dowód: akta kontroli str. 423, 429-462, 578)

W Oddziale nie wprowadzono pisemnej procedury dotyczącej analizy poziomu wykonania umów, uznając to za niecelowe, z uwagi na systematyczne (raz w miesiącu) sporządzanie analiz wykonania umów oraz konieczność uwzględniania przy zmianie umów wielu czynników, w tym m.in. posiadania przez Oddział środków finansowych, kwot nadwykonań, zakresów których dotyczą, ilości świadczeń ratujących życie, sezonowości zachorowań, bieżącego wyjaśniania przyczyn niewykonania umów oraz z uwagi na przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>35</sup>, które m.in. określają zasady zmiany warunków umów.

(dowód: akta kontroli str. 423, 429, 578)

<sup>33</sup> Weryfikacja przeprowadzona w dniu 25.03.2013 r. w Centrum Medycznym „DORMED” Dorota P.

<sup>34</sup> W postępowaniu konkursowym wszczętym 15.03.2013 r. na świadczenie opieki zdrowotnej w zakresie psychogeriatry – kontrola przeprowadzona w Szpitalu Specjalistycznym dla Psychiatrycznie i Nerwowo Chorych w Ciborzu, - w postępowaniu konkursowym wszczętym 17.09.2010 r. na świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie geriatry w LSZ – kontrola przeprowadzona w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Szpital im. Dr.n.med. Radzimira Śmigiełskiego, - w postępowaniu konkursowym wszczętym 27.04.2012 r. na świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie geriatry w AOS – kontrola przeprowadzona w NZOZ Szpital im. Dr.n.med. Radzimira Śmigiełskiego.

<sup>35</sup> Dz. U. Nr 81, poz. 484.

W wyniku analizy poziomu wykonania świadczeń podpisano łącznie, w trakcie danego roku rozliczeniowego, aneksy zwiększające (9) lub zmniejszające (6) środki finansowe na świadczenia geriatryczne<sup>36</sup>. W procesie ustalania warunków finansowych w danym roku uwzględniano poziom wykonania umowy z roku poprzedniego.

(dowód: akta kontroli str. 472-482, 578)

Ustalone  
nieprawidłowości

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

## 2.4. Nadwykonania i niedowwykonania zakontraktowanych świadczeń w zakresie geriatry

Opis stanu  
faktycznego

Nadwykonania świadczeń zdrowotnych z zakresu geriatry, wystąpiły w latach 2011-2013 i wyniosły odpowiednio: 519,4 tys. zł, 260,5 tys. zł, 240,3 tys. zł. Największe, wystąpiły w zakresie LSZ (od 93,5 % do 100 % wszystkich nadwykonań). W okresie objętym kontrolą, wysokość finansowania przez Oddział nadwykonanych świadczeń wahała się od 97,8 do 100%. I tak:

- w 2011 r. u trzech świadczeniodawców (dwóch udzielających świadczeń w ramach LSZ i jednego w psychogeriatry) rzeczywiste wykonanie świadczeń wyniosło 4.369,9 tys. zł, w tym 519,4 tys. zł stanowiła kwota nadwykonań<sup>37</sup> (wartość umów z początku roku wyniosła 3.850,5 tys. zł<sup>38</sup>). Z tytułu wykonania świadczeń Oddział zapłacił świadczeniodawcom 4.276,0 tys. zł, tj. 97,9 % rzeczywistego wykonania świadczeń.

- w 2012 r. u dwóch świadczeniodawców (w zakresie LSZ) rzeczywiste wykonanie świadczeń wyniosło łącznie 2.858, 1 tys. zł, w tym 260,5 tys. zł stanowiła kwota nadwykonań<sup>39</sup> (wartość umów z początku roku wyniosła łącznie 2.597,7 tys. zł<sup>40</sup>). Z tytułu wykonanych świadczeń Oddział zapłacił świadczeniodawcom 2.795,6 tys. zł, tj. 97,8 % rzeczywistego wykonania świadczeń;

- w 2013 r. u dwóch świadczeniodawców (w zakresie LSZ) rzeczywiste wykonanie świadczeń wyniosło łącznie 3.105,5 tys. zł, w tym 240,3 tys. zł stanowiła kwota nadwykonań<sup>41</sup> (wartość umów z początku roku wyniosła łącznie 2.865,2 tys. zł<sup>42</sup>). Oddział w 100% sfinansował wykonane świadczenia.

W 2014 r. wartość rzeczywistego wykonania świadczeń nie przekracza kwot określonych w umowach<sup>43</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 471, 481-483, 553, 575-576)

W celu rozliczenia nadwykonanych świadczeń po zakończeniu roku, Dyrektor Oddziału powoływał zespół do spraw ostatecznego rozliczenia świadczeń wykonanych ponad limit za rok ubiegły (*vide* pkt 2.1 wystąpienia pokontrolnego), którego członkowie prowadzili negocjacje ze świadczeniodawcami dotyczące określenia wysokości kwoty podlegającej rozliczeniu związanej z nadwykonaniem, kierując się przy ustalaniu wysokości finansowania m.in. wytycznymi określonymi

<sup>36</sup> W latach 2011-2013. Nie uwzględniono ostatecznych rozliczeń w formie aneksów/ugód/porozumień zawieranych po upływie okresu rozliczeniowego.

<sup>37</sup> Liczba zrealizowanych świadczeń wyniosła łącznie 1.519.

<sup>38</sup> Wartość po aneksach i porozumieniach wyniosła łącznie 4.276,2 tys. zł.

<sup>39</sup> Liczba zrealizowanych świadczeń wyniosła łącznie 1.221.

<sup>40</sup> Wartość po aneksach i ugodach 2.798,7 tys. zł.

<sup>41</sup> Liczba zrealizowanych świadczeń wyniosła 1.285.

<sup>42</sup> Wartość umów po aneksach wyniosła łącznie 3.105,6 tys. zł.

<sup>43</sup> Według stanu na dzień 4 lipca 2014 r.

w pismach Prezesa NFZ (rozliczenie za 2012 i 2013 rok). Określono sposób typowania świadczeń finansowanych w 100% (wolne środki w ramach planu finansowego umożliwiające sfinansowanie świadczenia po cenie wynikającej z zawartej umowy) oraz świadczeń podlegających finansowaniu degresywnemu (2011 i 2012 r.<sup>44</sup>) wprowadzając jednocześnie współczynnik degresji jednolity dla poszczególnych zakresów.

(dowód: akta kontroli str. 486-549, 575-576)

Podstawą finansowania wykonanych świadczeń zdrowotnych ponad limity określone w umowach z zakresu geriatry były aneksy (zawarte na podstawie § 43 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanie w 100%) oraz ugody lub porozumienia<sup>45</sup> pozasądowe (zawarte na podstawie art. 917 Kodeksu Cywilnego, finansowanie degresywne).

(dowód: akta kontroli str. 475-480, 550-551, 575-576)

Wartość niewykonanych świadczeń zdrowotnych z zakresu geriatry w latach 2011-2014 wyniosła odpowiednio: 11,5 tys. zł, 84,9 tys. zł, 92,1 tys. zł, 13,1 tys. zł. Największe niewykonania, w stosunku do kwot zakontraktowanych, w każdym roku objętym badaniem, wystąpiły w ramach AOS i wyniosły odpowiednio 11,5 tys. zł, 43,2 tys. zł, 23,6 tys. zł, 13,1 tys. zł (od 44,8 % do 71,48 % kwot wynikających z zawartych umów<sup>46</sup>).

(dowód: akta kontroli str. 481-482, 553, 575-576)

Główną przyczyną niedowyońań w AOS była długotrwała nieobecność lekarza geriatry spowodowana jego chorobą oraz według wyjaśnień zastępcy Dyrektora ds. Medycznych niewielkie zainteresowanie pacjentów tym rodzajem świadczeń zdrowotnych oraz miejsce ich świadczenia (obie poradnie położone są w małych miejscowościach).

(dowód: akta kontroli str. 179-180, 395, 554, 575-576)

Na skutek nierealizowania świadczeń z zakresu geriatry w ramach AOS z jednym ze świadczeniodawców<sup>47</sup> została z dniem 31 marca 2014 r. rozwiązana umowa.

(dowód: akta kontroli str. 179-180)

Ustalone  
nieprawidłowości

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

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność w badanym obszarze.

## IV. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia  
zastrzeżeń

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

<sup>44</sup> W 2013 r. świadczeniodawcy wykonali świadczenia opieki zdrowotnej o wartości nieprzekraczającej wartości zawartych umów, w związku z tym ze świadczeniodawcami, u których wartość wykonanych świadczeń w danym rodzaju nie przekroczyła wartości podpisanej umowy, zapłaty za świadczenia ponadlimitowe w danym zakresie dokonano poprzez przesunięcie środków finansowych pomiędzy zakontraktowanymi zakresami na podstawie aneksu.

<sup>45</sup> Porozumienia zawierane były tylko w 2011 r.

<sup>46</sup> Udział w stosunku do łącznej wartości umów w poszczególnych rodzajach (LSZ, AOS, psychogeriatrya).

<sup>47</sup> DORMED Centrum Medyczne Dorota P.

Zgodnie z art. 54 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli<sup>48</sup> 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 Zielonej Górze.

Zielona Góra, dnia 6 sierpnia 2014 r.

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Zielonej Górze

Kontroler  
Anna Tronowicz  
specjalista kontroli państwowej

Dyrektor  
Zbysław Dobrowolski

.....  
*podpis*

.....  
*podpis*

---

<sup>48</sup> Dz. U. z 2012 r., poz. 82 ze zm.