



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Bydgoszczy

LBY.410.009.01.2018

P/18/055

TEKST JEDNOLITY

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/18/055 – Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2017 roku
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Bydgoszczy
Kontrolerzy	1. Karol Sobieszczyk – główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBY/65/2018 z 17 kwietnia 2018 r. 2. Karolina Lahutta – główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBY/66/2018 z 18 kwietnia 2018 r. 3. Emil Wojak – główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBY/67/2018 z 18 kwietnia 2018 r. 4. Sylwia Woźniak-Waszak – główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBY/71/2018 z 9 maja 2018 r. 5. Tadeusz Lewandowski – doradca techniczny, upoważnienie do kontroli nr LBY/87/2018 z 30 maja 2018 r. 6. Leszek Murat – główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBY/64/2018 z 17 kwietnia 2018 r. (dowód: akta kontroli str. 1-12)
Jednostka kontrolowana	Narodowy Fundusz Zdrowia Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki w Bydgoszczy, ul. Łomżyńska 3, 85-863 Bydgoszcz ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Elżbieta Kasprowicz – Dyrektor Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Bydgoszczy (od 9 października 2015 r.) ² (dowód: akta kontroli str. 13)

Ocena

II. Ocena kontrolowanej działalności³

W 2017 r. poziom świadczeń zdrowotnych zabezpieczonych przez Oddział na terenie województwa kujawsko-pomorskiego był adekwatny do posiadanego budżetu w wysokości 4 312,3 mln zł, niemniej jednak nie zaspokajał wszystkich potrzeb. W porównaniu do 2016 r. nastąpił wzrost wartości zakontraktowanych świadczeń o 9,9%, lecz pomimo zwiększenia nakładów w poszczególnych rodzajach

¹ Dalej: „Oddział”.

² Dalej: „Dyrektor” lub „Dyrektor Oddziału”.

³ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie.

świadczeń czas oczekiwania na udzielenie świadczenia nie skrócił się, a w niektórych przypadkach nawet się wydłużył. Plan zakupu świadczeń zdrowotnych opracowano zgodnie z krajowymi i regionalnymi priorytetami zdrowotnymi, z uwzględnieniem umów zawartych ze świadczeniodawcami w latach poprzednich.

Funkcjonujący w Oddziale system kontroli wykonania świadczeń opieki zdrowotnej wspomagał ocenę prawidłowości ich realizacji i rozliczenia. Oddział zrealizował plan zakupu świadczeń, m.in. poprzez przeprowadzenie konkursów w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych. Stwierdzono w nich nieprawidłowości polegające m.in. na:

- niezgodnej z wymogami prawa ocenie ofert w pięciu badanych postępowaniach, co skutkowało nieodrzuconiem łącznie 16 ofert, mimo zaistnienia ku temu przesłanek;
- nierzetelnej kontroli trzech oferentów w jednym z badanych postępowań, co skutkowało niestwierdzeniem podania w ofertach nieprawdziwych informacji;
- niewłaściwej kwalifikacji oferentów do negocjacji w jednym z badanych postępowań;
- nieprawidłowym powołaniu komisji konkursowych w pięciu badanych postępowaniach.

Plan finansowy Oddziału zrealizowany został bez istotnych odchyłeń od założeń. Niemniej jednak w Oddziale doszło do przekroczenia planu finansowego w pozycji refundacja (w tym refundacja leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę), pomimo że Oddział nie wykorzystał limitu wydatków w kosztach świadczeń opieki zdrowotnej.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Planowanie oraz realizacja planu zakupu świadczeń

Opis stanu
faktycznego

1.1. Przygotowanie procesu kontraktowania świadczeń

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia⁴ określił wartość planowanych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w 2017 r. w województwie kujawsko-pomorskim w wysokości 3 898 363 tys. zł, co stanowiło kwotę wyższą o 92 707 tys. zł (2,4%) od ostatecznie zaplanowanej na 2016 r.⁵ W trakcie 2017 r. plan ten został zwiększony do kwoty 4 193 949,0 tys. zł (m.in. w celu zmniejszenia liczby osób oczekujących na operację usunięcia żółci oraz wszczepienia endoprotezy).

(dowód: akta kontroli str. 36-48, 903, 1068-1069, 1193-1202, 1500-1505)

W planie zakupu świadczeń zdrowotnych na 2017 r. Oddział wskazał pięć priorytetów regionalnych. Były one tożsame z priorytetami określonymi przez Centralę NFZ oraz zbieżne z priorytetami regionalnej polityki zdrowotnej województwa kujawsko-pomorskiego ustalonymi przez Wojewodę Kujawsko-Pomorskiego⁶. Priorytety na 2017 r. dotyczyły wybranych zakresów świadczeń

⁴ Dalej: „NFZ”.

⁵ Zapotrzebowanie na świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane przez Oddział określono w oparciu o założenia do sporządzenia planu finansowego przekazane przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wraz z przewidywanymi kosztami Oddziału na 2017 r.

⁶ Zarządzenie Nr 316/2016 Wojewody Kujawsko-Pomorskiego z dnia 26 lipca 2016 r. w sprawie ustalenia priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa kujawsko-pomorskiego;

w pięciu rodzajach świadczeń, tj.: 1) leczenie szpitalne w zakresie: ortopedia i traumatologia narządu ruchu – ze szczególnym uwzględnieniem zabiegów endoprotezoplastyki; 2) rehabilitacja lecznicza w zakresach: rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych, rehabilitacja neurologiczna, rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych, rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego; 3) ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresach liczby porad pierwszorazowych; 4) stomatologia w zakresie stomatologii dziecięcej; 5) świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej w zakresie pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej.

(dowód: akta kontroli str. 903, 906, 1070-1191, 1288-1309)

1.2. Kontraktowanie świadczeń

Na realizację świadczeń w 2017 r. Oddział zawarł łącznie 2 785 umów, których wartość wynosiła 3 182 568,3 tys. zł. Wartość zawartych umów w 2017 r. wzrosła w poszczególnych rodzajach świadczeń (od 1,5% do prawie 200%⁷), za wyjątkiem ambulatoryjnej opieki specjalistycznej⁸ i świadczeń zdrowotnych kontraktowanych odrębnie⁹, gdzie wartość ta spadła odpowiednio o 4,4% i 3,6%.

(dowód: akta kontroli str. 1192)

W 2017 r. Oddział przeprowadził 100 postępowań konkursowych w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹⁰, z tego:

- w leczeniu szpitalnym¹¹ osiem w trybie konkursu i jedno w trybie rokowań; postępowania główne wszczęto w maju, lipcu i sierpniu 2017 r.¹²; wartość zakontraktowanych świadczeń wynikająca z postępowań na II półrocze 2017 r. wynosiła 439 tys. zł;
- w świadczeniach pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej¹³ 13 postępowań w trybie konkursu, wszczęte 30.01.2017 r., rozstrzygnięte 14.04.2017 r.; wartość zakontraktowanych świadczeń wynikająca z postępowań na II półrocze 2017 r. wynosiła 29 106 tys. zł;
- w opiece paliatywnej i hospicyjnej¹⁴ 10 postępowań w trybie konkursu; wszczęte 30.01.2017 r., rozstrzygnięte 12.04.2017 r.; wartość zakontraktowanych świadczeń wynikająca z postępowań na II półrocze 2017 r. wynosiła 19 737 tys. zł;
- w leczeniu stomatologicznym¹⁵ 54 postępowania w trybie konkursu, wszczęte 29.03.2017 r., rozstrzygnięte 9.06.2017 r.; wartość zakontraktowanych świadczeń wynikająca z postępowań na II półrocze 2017 r. wynosiła 47 414 tys. zł;
- w pomocy doraźnej i transporcie sanitarnym¹⁶ jedno postępowanie w trybie konkursu; wszczęte 27.03.2017 r., rozstrzygnięte 25.05.2017 r.; wartość

<http://www.portal.bydgoszcz.uw.gov.pl/aktualnosci/priorytety-dla-regionalnej-polityki-zdrowotnej-województwa-kujawsko-pomorskiego.html>, dostęp z dnia 6 czerwca 2018 r.

⁷ W pozycji B2.3 planu finansowego, tj. zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawa, o których mowa w ustawie o refundacji.

⁸ Dalej: „AOS”.

⁹ Dalej: „SOK”.

¹⁰ Postępowania główne, tj. ogłaszane w związku z zakończeniem umów w danym zakresie.

¹¹ Dalej: „SZP”.

¹² Odpowiednio 12.05.2017 r., 31.07.2017 r., 10.08.2017 r. (rokowania). Rozstrzygnięć dokonano 23.06.2017 r., 15.09.2017 r., 23.08.2017 r.

¹³ Dalej: „SPO”.

¹⁴ Dalej: „OPH”.

¹⁵ Dalej: „STM”.

¹⁶ Dalej: „PDT”.

zakontraktowanych świadczeń wynikająca z postępowań na II półroczu 2017 r. wynosiła 1 417 tys. zł;

- w profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu¹⁷ 13 postępowań w trybie konkursu; wszczęte 15.03.2017 r., rozstrzygnięte 15.05.2017 r.; wartość zakontraktowanych świadczeń wynikająca z postępowań na II półroczu 2017 r. wynosiła 5 652 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 17)

Na 2017 r. 68 świadczeniodawców po raz pierwszy zawarło z Oddziałem kontrakt na udzielanie świadczeń z danego zakresu, spośród których 65 zostało skontrolowanych przez Oddział. W przypadku trzech świadczeniodawców realizujących badania w mammobusach odstąpiono od kontroli z uwagi na posiadany kontrakt w innych województwach.

(dowód: akta kontroli str. 18-20)

W 2017 r. Oddział wysłał łącznie 2 726 propozycji w sprawie aneksowania umów niewygasających z końcem okresu rozliczeniowego, zawierając na ich podstawie 2 757 umów ustalających warunki finansowe na kolejny rok.

(dowód: akta kontroli str. 21-22)

Na podstawie art. 156 ust. 1a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁸ przedłużono do 31 marca 2018 r. 205 umów, z tego w ramach: podstawowej opieki zdrowotnej¹⁹ – 4 umowy, SZP – 31 umów i rehabilitacji leczniczej²⁰ – 167 umów. Oddział uzyskał na to zgodę Prezesa NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 23, 1506)

W 2017 r. w trakcie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zostało złożonych pięć protestów. Protesty nie zostały uwzględnione. Ponadto w trybie art. 154 ustawy o świadczeniach zostało złożonych 12 odwołań dotyczących rozstrzygnięcia postępowania, z których jedno zostało uznane za zasadne. Oddział nie przeprowadzał dodatkowych postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

(dowód: akta kontroli str. 17, 24, 25, 29-31)

Według stanu na koniec 2017 r. wartość zawartych przez Oddział umów w przeliczeniu na jednego ubezpieczonego²¹ i jednego świadczeniobiorcę²² wyniosła odpowiednio: w AOS - 159,98 zł i 134,40 zł, w SZP – 1 183,44 zł i 994,19 zł, w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień²³ – 78,14 zł i 65,64 zł, w REH – 60,50 zł i 50,83 zł, w SPO - 37,22 zł i 31,27 zł, w OPH – 23,75 zł i 19,95 zł, w STM – 55,38 zł i 46,53 zł, w PRO – 6,50 zł i 5,46 zł, w SOK – 62,85 zł i 52,80 zł.

Wartość zrealizowanych²⁴ świadczeń w przeliczeniu na jednego ubezpieczonego i jednego świadczeniobiorcę na koniec roku 2017 wyniosła odpowiednio: w AOS – 165,83 zł i 139,31 zł, w SZP – 1 223,48 zł i 1 027,83 zł, w PSY – 78,13 zł i 65,63 zł, w REH – 64,46 zł i 54,16 zł, w SPO – 41,45 zł i 34,82 zł, w OPH – 27,49 zł

¹⁷ Dalej: „PRO”.

¹⁸ Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, ze zm., dalej: „ustawa o świadczeniach”.

¹⁹ Dalej: „POZ”.

²⁰ Dalej: „REH”.

²¹ Liczba ubezpieczonych ustalona na podstawie danych z Centralnego Wykazu Ubezpieczonych.

²² Liczba świadczeniobiorców ustalona na podstawie danych GUS.

²³ Dalej: „PSY”.

²⁴ Ustalona na zamknięcie roku, bez uwzględnienia rozliczenia ugód.

i 23,09 zł, w STM – 56,15 zł i 47,17 zł, w PRO – 6,45 zł i 5,42 zł, w SOK – 65,30 zł i 54,86 zł. W porównaniu z 2016 r. największy wzrost w zabezpieczeniu i wykonaniu świadczeń w przeliczeniu na jednego ubezpieczonego nastąpił w OPH (o prawie 38% w odniesieniu do wartości umowy i 47% w odniesieniu do ich realizacji) oraz PRO (o około 17% w odniesieniu do wartości umowy i 18% w odniesieniu do ich realizacji), spadły natomiast kwoty na świadczenia w AOS i SOK (o około 3-4%).

(dowód: akta kontroli str. 1648)

1.3. Badanie postępowań

Szczegółową kontrolą objęto dokumentację 10 postępowań: ośmiu konkursowych i dwóch w trybie rokowań, tj.:

- w rodzaju SZP, w zakresach:
 - ortopedia i traumatologia narządu ruchu – hospitalizacja – zabiegi endoprotezoplastyki dla obszaru powiatu rypińskiego²⁵;
 - hematologia – hospitalizacja, w tym hospitalizacja dla obszaru powiatu m. Toruń²⁶;
 - program lekowy – leczenie ewerolimusem chorych na stwardnienie guzowe z niekwalifikującymi się do leczenia operacyjnego guzami podściółkowymi olbrzymiokomórkowymi (SEGA), w tym leki w programie lekowym dla obszaru województwa kujawsko-pomorskiego²⁷;
 - program lekowy – leczenie pacjentów z przerzutowym gruczolakorakiem trzustki, w tym leki w programie lekowym dla obszaru województwa kujawsko-pomorskiego²⁸;
- w rodzaju AOS, w zakresach:
 - położnictwo i ginekologia wraz z zakresami skojarzonymi: pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego oraz świadczenia zabiegowe dla obszaru gminy Śliwice²⁹;
 - nefrologia wraz z zakresami skojarzonymi: kwalifikacja do przeszczepu i monitorowanie zakwalifikowanych oraz świadczenia pierwszorazowe dla obszaru powiatu radziejowskiego³⁰;
- w rodzaju PSY, w zakresie świadczenia dzienne leczenie uzależnień dla obszaru powiatu inowrocławskiego³¹;
- w rodzaju STM, w zakresach:
 - protetyka stomatologiczna dla obszaru powiatów: bydgoskiego, Bydgoszcz, inowrocławskiego, mogileńskiego, nakielskiego, sępoleńskiego, świeckiego, tucholskiego, żnińskiego³²;
 - chirurgia stomatologiczna dla obszaru województwa kujawsko-pomorskiego³³;
- w rodzaju REH, w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna dla obszaru powiatu bydgoskiego³⁴.

²⁵ Postępowanie nr 02-17-000226/SZP/03/1/03.4580.030.02/01, dalej: „226/SZP”.

²⁶ Postępowanie nr 02-17-000075/SZP/03/1/03.4070.030.02/04, dalej: „75/SZP”.

²⁷ Postępowanie nr 02-17-000217/SZP/03/5/03.0000.389.02/01, dalej: „217/SZP”.

²⁸ Postępowanie nr 02-17-000171/SZP/03/5/03.0000.385.02/01, dalej: „171/SZP”.

²⁹ Postępowanie nr 02-17-000179/AOS/02/1/02.1450.001.02/01, dalej: „179/AOS”.

³⁰ Postępowanie nr 02-17-000229/AOS/02/1/02.1130.001.02/01, dalej: „229/AOS”.

³¹ Postępowanie nr 02-17-000176/PSY/04/1/04.2740.021.02/01, dalej: „176/PSY”.

³² Postępowanie nr 02-17-000104/STM/07/1/07.0000.214.02/01, dalej: „104/STM”.

³³ Postępowanie nr 02-17-000132/STM/07/1/07.0000.220.02/01, dalej: „132/STM”.

³⁴ Postępowanie nr 02-17-000198/REH/05/1/05.1310.208.02/03, dalej: „198/REH”.

Szczegółowa analiza dokumentacji ww. postępowań wykazała, że:

- w żadnym z badanych postępowań nie odstępiono od procedury kontraktowania świadczeń;
- poza przypadkiem opisanym w pkt 1 nieprawidłowości Dyrektor powołała komisje konkursowe, a ich członkowie złożyli oświadczenia, że nie zachodzą wobec nich przesłanki wyłączenia;
- w sześciu postępowaniach Oddział zakładał zawarcie umowy tylko z jednym świadczeniodawcą;
- w wyniku prowadzonych w pięciu postępowaniach negocjacji nastąpiła zmiana liczby jednostek rozliczeniowych zaproponowanych przez oferentów, a w jednym przypadku również obniżenie ceny jednostkowej wynikającej z oferty, co pozostawało jednak bez wpływu na pozycję oferentów w rankingu;
- z każdych negocjacji sporządzano protokół ustaleń lub rozbieżności, który zawierał informację o ustaleniu bądź nieustaleniu ostatecznego stanowiska w zakresie ceny i liczby świadczeń;
- w każdym postępowaniu komisja konkursowa przeprowadzała weryfikację oferentów w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie ze stanem faktycznym, w szczególności we wszystkich wymaganych przypadkach przeprowadzono obligatoryjną weryfikację wobec oferentów, którzy dotychczas nie mieli zawartej umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej z NFZ w zakresie, na który została złożona oferta. Dodatkowo w dwóch postępowaniach na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju STM komisja przeprowadziła również weryfikację u części oferentów, którzy dotychczas mieli zawarte umowy z NFZ w badanym zakresie.

(dowód: akta kontroli str. 727-730, 775-779, 816-821, 939-940, 985-988)

Oddział nie podpisał umów łącznie z pięcioma oferentami. Przyczyną tego były: w czterech przypadkach zbyt niska pozycja oferenta w rankingu w związku z wyczerpaniem maksymalnej liczby umów, którą zamierzał zawrzeć Oddział w toku konkursu, w jednym przypadku (postępowanie 171/SZP) ostatnia pozycja oferenta w rankingu oraz negatywna opinia konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie onkologii. Od rozstrzygnięć badanych postępowań wniesiono trzy odwołania, z tego jedno Oddział uwzględnił, natomiast dwa oddalił. Umowy ze świadczeniodawcami zawierane były po rozstrzygnięciu odwołań. Procedura odwoławcza spowodowała jednakże, że okres obowiązywania umów był wcześniejszy niż termin ich zawarcia, w tym w postępowaniu 171/SZP – ponad miesięczny.

(dowód: akta kontroli str. 667-669, 681-693, 709-713, 798-805, 872, 913-931, 938-942, 997, 1004)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w powyższym zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Dyrektor Oddziału nie powołała komisji konkursowej do rozstrzygnięcia postępowania 132/STM, czym naruszono § 6 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy³⁵.

³⁵ Dz. U. z 2014 r. poz. 1980. Dalej: „rozporządzenie w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy”.

Postępowanie przeprowadziła komisja 1 Obszar Bydgoszczy, której nie przypisano rozstrzygnięcia ww. postępowania.

Dyrektor Oddziału wyjaśniła m.in., że w celu przeprowadzenia przedmiotowego postępowania komisja konkursowa została powołana zarządzeniem nr 61/2017 Dyrektora Oddziału z dnia 29 marca 2017 r. w sprawie powołania komisji do przeprowadzenia postępowań w trybie konkursu ofert celem zawarcia przez Oddział umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wskazała ponadto, że postępowania w celu zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obejmujących całe województwo kujawsko-pomorskie zawsze procedowane są przez komisje powołane dla obszaru Bydgoszcz.

(dowód: akta kontroli, str. 827-828, 974-982, 992)

W odniesieniu do złożonych wyjaśnień Izba zauważa, że właściwości tej nie przypisano żadnemu ze składów wyznaczonych zarządzeniem nr 61/2017.

2. W czterech³⁶ z 10 badanych postępowań do składu komisji konkursowej nie wyznaczono przynajmniej jednej osoby posiadającej wyższe wykształcenie i tytuł zawodowy magistra lub równorzędną w dziedzinie nauk medycznych, stosownie do § 6 ust. 2 rozporządzenia w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.

Dyrektor Oddziału wyjaśniła m.in., że w trzech komisjach zapewniono udział osób spełniających kwalifikacje wymagane ww. rozporządzeniem. Kwalifikacje te określono na podstawie załącznika do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie kwalifikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania³⁷, zgodnie z którym w pkt 22 wśród zawodów sklasyfikowanych jako specjaliści do spraw zdrowia wykazano lekarzy, pielęgniarki, fizjoterapeutów, dietetyków. Odnośnie do czwartej komisji wyjaśniła, że wszystkie osoby będące członkami komisji posiadały wyższe wykształcenie, wiedzę i wymagane doświadczenie.

(dowód: akta kontroli str. 753-763, 828-829, 911-912)

Izba wskazuje, że w składzie trzech komisji³⁸ zapewniono udział osób z wykształceniem wyższym i tytułem magistra w dziedzinie nauk o zdrowiu, która jest jednak dziedziną odrębną od dziedziny nauk medycznych, wskazanej w wykazie stanowiącym załącznik do rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 8 sierpnia 2011 r. w sprawie obszarów wiedzy, dziedzin nauki i sztuki oraz dyscyplin naukowych i artystycznych³⁹. Zgodnie z wykazem, do dziedziny nauk medycznych zalicza się medycynę, stomatologię i biologię medyczną. Natomiast rozporządzenie, na które powołuje się Dyrektor Oddziału, nie zawiera wykazu dziedzin naukowych, lecz klasyfikację zawodów i specjalności. Odnośnie do czwartej komisji⁴⁰ należy wskazać, że posiadane przez jej członków wykształcenie, wiedza i doświadczenie nie zastępują wymaganego wykształcenia w dziedzinie nauk medycznych.

³⁶ Postępowania nr 226/SZP, 176/PSY, 75/SZP, 198/REH.

³⁷ Dz. U. z 2018 r., poz. 227.

³⁸ Powołanych zarządzeniem Dyrektora Oddziału nr: 142/2017 z 4 sierpnia 2017 r., 31/2017 z 8 lutego 2017 r. i 120/2017 z 29 czerwca 2017 r.

³⁹ Dz. U. z 2011 r., Nr 179, poz. 1065.

⁴⁰ Powołanej zarządzeniem Dyrektora Oddziału nr 84/2017 z 18 maja 2017 r. W skład wchodziło: dwóch mgr administracji, mgr zarządzania i marketingu, mgr socjologii, finansów i rachunkowości oraz mgr pedagogiki.

3. W przypadku siedmiu z 10 badanych postępowań konkursowych informacje o postępowaniu konkursowym/rokowaniach do okręgowych izb lekarskich oraz okręgowych izb pielęgniarek przekazano w terminie od jednego do czterech dni, a nie w dniu publikacji ogłoszenia o konkursie/rokowań⁴¹. Stanowiło to naruszenie § 3 ust. 5 pkt 2 rozporządzenia w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.

Dyrektor Oddziału wyjaśniła m.in., że nie zawsze możliwe jest wysyłanie informacji o ogłoszeniu o postępowaniach do izb lekarskich i izb pielęgniarских i położnych w tym samym dniu, w którym następowała publikacja ogłoszenia. Wynika to z dużej liczby ogłaszanych postępowań i związaną z tym koniecznością generowania wniosku o ogłoszenie postępowania, jego akceptowania przez Dyrektora, a następnie generowania ogłoszenia, jego drukowania i publikowania, co trwa od 6 do 10 godzin.

(dowód: akta kontroli str. 764-774, 825-826, 959-965, 981-984, 1671)

4. Oddział sporządził dwa zaproszenia do rokowań⁴² bez określenia miejsca i terminu przeprowadzenia rokowań, tj. z naruszeniem § 3 ust. 4 pkt. 3 rozporządzenia w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.

Dyrektor Oddziału wyjaśniła m.in., że treść zaproszenia do rokowań przygotowana jest według wzoru określonego w „procedurze konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach” (zał. nr 29), który zaimplementowany jest do systemu informatycznego Oddziału. Świadczeniodawca zaproszony do rokowań składa ofertę, którą Komisja konkursowa ocenia, w części jawnej, pod względem spełnienia wymogów. Po zakwalifikowaniu jej do części niejawnej Komisja przeprowadza negocjacje zapraszając świadczeniodawcę zaproszeniem do negocjacji według wzoru określonego ww. procedurą, w którym wskazuje się miejsce i termin ich przeprowadzenia. W związku z powyższym w treści zaproszenia do rokowań nie można określić daty ich przeprowadzenia, ponieważ oferta może nie spełniać warunków formalnych i merytorycznych. Ponadto Dyrektor wyjaśniła, że kwestia wskazania miejsca i terminu rokowań w zaproszeniu do rokowań była przedmiotem analizy poprzedniej kontroli NIK (R/17/004), w wyniku której Oddział, wypełniając zalecenia pokontrolne, wystąpił do Prezesa NFZ z prośbą o rozważenie wprowadzenia zmian we wzorze zaproszenia do wzięcia udziału w rokowaniach do wymogów rozporządzenia w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń, tj. zawarcie w nim informacji o miejscu i terminie przeprowadzenia rokowań.

(dowód: akta kontroli str. 780-785, 787-792, 822-835)

NIK zwraca uwagę, że w trybie rokowań nie zaprasza się do negocjacji⁴³, wobec czego wszelkie wymogi dotyczące zaproszenia do rokowań winny być już w nim zawarte.

5. Na stronie internetowej Oddziału nie zamieszczono jednej⁴⁴ z trzech decyzji Dyrektora Oddziału wydanych w 2017 r. w związku z wniesionymi odwołaniami od

⁴¹ W postępowaniach nr: 171/SZP, 226/SZP, 75/SZP, 179/AOS, 229/AOS, 104/STM i 132/STM przekazano odpowiednio: 1, 4, 2, 4, 1, 1 i 1 dni po ogłoszeniu konkursu/rokowań.

⁴² W postępowaniach nr 75/SZP i 198/REH.

⁴³ Zasady prowadzenia rokowań są takie same, jak w przypadku konkursu ofert. Odpowiednie zastosowanie mają postanowienia dotyczące części jawnej i niejawnej określone w art. 142 ust. 2 i 5 ustawy o świadczeniach. Ustawodawca nie przewidział natomiast odpowiedniego stosowania art. 142 ust. 6 i 7 tej ustawy, zatem nie przewidział prowadzenia negocjacji co do liczby i ceny świadczeń opieki zdrowotnej.

⁴⁴ Nr 12/2017/Odw./ZRP z 14 czerwca 2017 r. od rozstrzygnięcia w postępowaniu 104/STM.

rozstrzygnięć badanych postępowań w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami, czym naruszono art. 154 ust. 3 ustawy o świadczeniach.

Dyrektor Oddziału oraz pracownik zajmujący się publikacją danych na stronie wyjaśnili m.in., że prawdopodobnie nastąpiło to na skutek spiętrzenia prac związanych z tworzeniem sieci szpitali i że miała na to wpływ praca w trzech lokalizacjach. Dyrektor dodała, że przyczyną mogły być również zakłócenia przepływu informacji pomiędzy komórkami organizacyjnymi spowodowane spiętrzeniem spraw związanych ze sprawozdawczością dla instytucji zewnętrznych.

(dowód: akta kontroli str. 914-921, 932-937, 958, 971)

6. Kwalifikując świadczeniodawców do negocjacji w postępowaniu 132/STM pominięto oferenta, który zgodnie z rankingiem NFZ zajmował według kryteriów niecenowych miejsce 11, zaproszono natomiast świadczeniodawcę z miejsca 12. Naruszono tym samym § 15 ust. 2 rozporządzenia w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy.

Pominięcie oferenta skutkowało niemożnością poprawienia jego pozycji w rankingu ostatecznym, uwzględniającym również punktację za cenę.

Dyrektor Oddziału oraz Przewodnicząca Komisji Konkursowej wyjaśniły, że jedynym kryterium niecenowym, które zaważyło na wyższej pozycji niezaproszonego świadczeniodawcy w rankingu, była ciągłość udzielania świadczeń. Kryterium tego nie uznano za decydujące, koncentrując się na kryteriach jakości, kompleksowości i dostępności.

W odniesieniu do złożonych wyjaśnień NIK wskazuje, że powołane wyżej rozporządzenie, jak również rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁴⁵, nie różnicuje kryteriów niecenowych na ważne i mniej ważne.

(dowód: akta kontroli str. 939, 957-958, 1011, 2138-2139)

7. W żadnym z pięciu postępowań, w których komisja w toku negocjacji proponowała świadczeniodawcom odmienne od ofertowych wielkości jednostek rozliczeniowych⁴⁶, nie sporządzono pisemnego uzasadnienia dla propozycji komisji, mimo iż taki obowiązek wynikał z pkt. 3.2. ppkt. 1.2. procedury 2016/001/BO/KONTR/6.01⁴⁷.

Dyrektor Oddziału wyjaśniła m.in., że komisje konkursowe po ocenie ofert, przed przystąpieniem do negocjacji w części niejawnej, po analizie rankingu ofert z reguły ustalają zasady podziału środków. Dokument taki pozostaje zwykle w aktach do użytku wewnętrznego. W szczególności w odniesieniu do konkursu 217/SZP wskazała, że w postępowaniu brał udział tylko jeden wykonawca, w związku z tym nie było potrzeby pisemnego uzasadnienia dla propozycji komisji.

Wskazała również, że z reguły wszyscy świadczeniodawcy składają oferty na większą liczbę i wartość świadczeń. Na wartość świadczeń ustaloną w trakcie negocjacji wpływa wiele czynników określonych w pkt 3.2. 1.2., które weryfikowane są przez członków komisji. W związku z tym nie wszystkie informacje wykorzystywane w negocjacjach można zamieścić w uzasadnieniach. Dyrektor

⁴⁵ Dz. U. poz. 1372 ze zm., dalej: „rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert”.

⁴⁶ Postępowania nr 132/STM, 104/STM, 226/SZP, 217/SZP, 171/SZP.

⁴⁷ NFZ, Procedura konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wrzesień 2016 r. Dalej: „procedura 2016/001/BO/KONTR/6.01”.

wyjaśniła również, że w załącznikach 27 i 27a do procedury kontraktowania występuje kolumna „Uzasadnienie propozycji”, która nie była wypełniana, ponieważ w systemie generującym rankingi brak jest możliwości wprowadzenia uzasadnienia. Wzorce wszystkich załączników opracowane przez Centralę zaimplementowane są w systemie informatycznym. W związku z powyższym przyjęto zasadę nieedytowania dokumentów poza systemem.

(dowód: akta kontroli str. 367, 379-381, 1649, 1669-1670, 2008-2022, 2025, 2036, 2118)

Odnosząc się do złożonych wyjaśnień NIK zauważa, że obowiązek umieszczenia uzasadnień dla propozycji komisji konkursowych w dokumentacji postępowania wynika wprost z treści pkt 3.2. ppkt 1.2. procedury 2016/001/BO/KONTR/6.01 i nie jest on ograniczony wyłącznie do przypadków, gdy w postępowaniu udział bierze jeden oferent. W związku z techniczną niemożnością edycji pola „Uzasadnienie” w załączniku nr 27a do procedury Oddział powinien wykonać nałożony procedurą obowiązek i zamieścić w dokumentacji postępowania wymagane pisemne uzasadnienie sporządzone w inny sposób, np. odręcznie lub komputerowo.

8. W postępowaniu 132/STM komisja konkursowa nie odrzuciła trzech ofert (nr: 02-00-01375-0006-17, 02-00-00810-0002-17 i 02-00-00773-0008-17), mimo że oferenci nie zapewnili w nich czasu pracy pozostałego personelu lub pielęgniarki w czasie równym pracy stomatologa⁴⁸, tj. nie wykazali spełniania warunku wymaganego pkt 1.2. tabeli nr 2 do załącznika nr 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego⁴⁹. Tym samym naruszono art. 149 ust. 1 pkt 7 ustawy o świadczeniach.

Dyrektor Oddziału oraz Przewodnicząca komisji konkursowej wyjaśniły m.in., że warunki realizacji świadczeń chirurgii stomatologicznej i periodontologii wynikające z rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu STM nie określają czasu pracy pozostałego personelu, jedynie ankiety w formularzu ofertowym rankingowały czas pracy pozostałego personelu jako co najmniej 50% czasu pracy poradni.

(dowód: akta kontroli str. 940, 1659, 1709-1751, 1974, 2024)

Odnosząc się do powyższych wyjaśnień NIK wskazuje, że obecność personelu towarzyszącego stomatologowi jest warunkiem realizacji świadczenia wynikającym z rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu STM, toteż niedopuszczalna jest sytuacja, w której nie będzie on obecny przy ich udzielaniu części pacjentom. Niezasadne jest również sprowadzanie wymogu zapewnienia personelu pomagającego stomatologowi wyłącznie do pozycji rankingującej ofertę. Zapisy ppkt 1.9-1.11. pkt 4 tabeli nr 1 załącznika nr 7 do rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert, w ocenie Izby, należy odczytać jako premiowanie dodatkowymi punktami ofert, w których deklarowano przez co najmniej 50% czasu pracy poradni obecność personelu dodatkowego z kwalifikacjami wyższymi niż pomoc dentystyczna. Nie zwalniają one jednak z wymogu zapewnienia personelu dodatkowego/pielęgniarki przez cały czas udzielania świadczeń pacjentom.

⁴⁸ Odpowiednio przez 44,4%, 26,4% i 5,7% czasu pracy.

⁴⁹ Dz. U. z 2017 r., poz. 193, ze zm., dalej: „rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu STM”.

NIK zauważa, że zgodnie z art. 149 ust. 1 pkt. 7 ustawy o świadczeniach niespełnienie przez ofertę warunków określonych w przepisach prawa stanowi podstawę do odrzucenia oferty. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta z oferentem, którego oferta podlegała odrzuceniu z przyczyn wskazanych w ustawie, może zgodnie z art. 155 ust. 2 ww. ustawy zostać uznana za nieważną.

9. W trzech badanych postępowaniach komisja konkursowa po stwierdzeniu rozbieżności między danymi zawartymi w ofertach (części VIII – *Ankiety*) a stanem faktycznym nie odrzuciła łącznie ośmiu ofert, lecz w siedmiu przypadkach skorygowała przyznaną ofertom punktację w kryteriach: dostępność lub jakość, a w jednym nie podjęła żadnych kroków. Tym samym naruszono art. 149 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, który stanowił, że odrzuca się ofertę zawierającą nieprawdziwe informacje.

Nieprawdziwe dane w ofertach dotyczyły:

- w postępowaniu 132/STM: w jednym przypadku (oferta 02-00-05369-0002-17) – informacji o posiadaniu aplikacji do rejestracji elektronicznej⁵⁰ (komisja odjęła 2 pkt); w jednym (oferta 02-00-01313-0003-17) – prowadzenia w miejscu udzielania świadczeń szkolenia specjalizacyjnego lekarzy dentyistów przez podmiot posiadający akredytację do prowadzenia staży w dziedzinach stomatologicznych⁵¹ (komisja odjęła 2 pkt); w jednym (oferta 02-00-00773-0008-17) – zatajenia przesłanek do punktacji ujemnej w związku z brakiem realizacji świadczeń przez osoby wykazane w harmonogramie umowy (komisja dodała jeden punkt ujemny)⁵²; w jednym przypadku (oferta 02-00-02260-0001-17) – zatajenia przesłanek do punktacji ujemnej w związku z potwierdzonym wynikami kontroli udzielaniem świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom⁵³ (komisja dodała punkt ujemny);
- w postępowaniu 104/STM: w dwóch przypadkach (oferty 02-00-00810-0004-17 oraz 02-00-00769-0002-17) – przesłanek do zastosowania punktacji ujemnej w związku z brakiem realizacji świadczeń przez osoby wykazane w harmonogramie umowy (komisja dodała po jednym punkcie ujemnym); w jednym przypadku (oferta 02-00-00629-0001-17) – informacji o elektronicznym prowadzeniu dokumentacji medycznej⁵⁴ (komisja odjęła trzy punkty);
- w postępowaniu 229/AOS: działania poradni przyszpitalnej w lokalizacji⁵⁵.

(dowód: akta kontroli: 1703-1729, 1795-1808, 1902-1921, 1940-1943, 2032-2035, 2042-2045, 2060-2070, 2152-2159)

Dyrektor Oddziału wyjaśniła m.in., że obowiązujące przepisy, w tym § 18 ust. 4 zarządzenia nr 18/2017/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁵⁶, nie zabraniają korekty oceny oferty w oparciu o przeprowadzoną weryfikację, w tym wizytację u świadczeniodawcy. Komisja

⁵⁰ Tj. warunku rankującego opisanego w cz. III Lp. 2 tabeli nr 2 załącznika nr 7 do rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert, za którego spełnienie przewidziane są 2 pkt.

⁵¹ Tj. warunku rankującego opisanego w cz. II Lp. 4. tabeli nr 2 załącznika nr 7 do rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert, za którego spełnienie przewidziane są 2 pkt.

⁵² Tj. warunku rankującego opisanego w cz. III Lp. 3 tabeli nr 2 załącznika nr 7 do rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert, za którego spełnienie przewidziane są punkty ujemne.

⁵³ Tj. warunku rankującego opisanego w cz. I Lp. 2. tabeli nr 2 załącznika nr 7 do rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert, za którego spełnienie przewidziane są punkty ujemne.

⁵⁴ Tj. warunku rankującego opisanego w cz. II Lp. 5. tabeli nr 2 załącznika nr 7 do rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert, za którego spełnienie w momencie prowadzenia postępowania przewidziane były 3 pkt.

⁵⁵ Oferent nie prowadził szpitala, a zatem nie były spełnione warunki pozwalające na uznanie poradni za poradnię przyszpitalną, wynikające z definicji z art. 5 pkt 28a ustawy o świadczeniach.

⁵⁶ Dz. Urz. NFZ z 2017 r. poz. 18 ze zm. Dalej: „Zarządzenie Nr 18/2017/DSOZ”.

konkursowa ma prawo weryfikacji danych zawartych w ofercie oraz w ankiecie ofertowej. Istnieje ukształtowana linia orzecznicza, zgodnie z którą w sytuacjach rozbieżności pomiędzy ankietą a stanem faktycznym oferta nie powinna zostać odrzucona, a jedyną ujemną konsekwencją powinien być brak dodatkowych punktów. Można z tego wnioskować, że skutkiem może być również przyznanie tzw. punktów ujemnych. Korekty w arkuszu ankietowym nie wpływają bezpośrednio na zmianę ofert i nie mogą być traktowane jako zmiana oferty. Orzecznictwo podkreśla przy tym, że nieprawdziwość danych w rozumieniu art. 149 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach musi dotyczyć okoliczności, które wpływają na wynik postępowania, w tym mogą świadczyć o nieprawidłowym w przyszłości wykonywaniu umowy. Wskazała również, że wykazanie w postępowaniu sądowym zasadności odrzucenia oferty na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach jest bardzo trudne i z reguły zapadają niekorzystne dla NFZ wyroki. W bieżącej pracy Oddział kierował się linią orzeczniczną wynikającą z wyroku NSA sygn. II GSK 2623/14.

(dowód: akta kontroli, str. 2147-2151)

Odnosząc się do złożonych wyjaśnień NIK wskazuje, że zawarte w ofertach nieprawdziwe informacje dotyczyły okoliczności wpływających na wynik postępowania, a przepisy ustawy o świadczeniach nie pozwalają Oddziałowi na przyjęcie ofert zawierających informacje nieprawdziwe i dokonanie jedynie korekt przyznawanych punktów. Ponadto art. 149 ust. 3 ustawy o świadczeniach wskazuje, w jakich przypadkach komisja wzywa oferentów do usunięcia braków w ofertach, tj. gdy świadczeniodawca nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne.

10. W postępowaniu 132/STM w trzech przypadkach (oferty: 02-00-01564-0008-17, 02-00-01375-0006-17, 02-00-00777-0008-17) komisja konkursowa nierzetelnie zweryfikowała oferty (w tym w dwóch przypadkach mimo wizytacji), w następstwie czego nie stwierdziła podania w nich nieprawdziwych informacji. Nieprawdziwe informacje dotyczyły realizacji świadczeń bez udziału podwykonawców w zakresie rentgenodiagnostyki - zdjęcie pantomograficzne z opisem. Tym samym komisja nie stwierdziła przesłanek do odrzucenia ofert w związku ze znaczeniem tych informacji dla punktacji oferty w kryterium kompleksowość⁵⁷.

Dyrektor Oddziału oraz Przewodnicząca komisji konkursowej wyjaśniły m.in., że podczas wizytacji komisja sprawdzała, czy świadczeniodawcy posiadają wymagany sprzęt. W przypadku jego braku sprawdzano umowy na podwykonawstwo. Potwierdzono, że oferenci będą realizować umowę na pantomograf z udziałem podwykonawców. W trakcie negocjacji trzeci z wykonawców ustnie wskazał podwykonawcę zdjęć pantomograficznych. Umowa została przesłana do Oddziału i na tej podstawie sporządzono aneks do umowy. W związku z powyższym brak było podstaw do odrzucenia ofert.

W odniesieniu do złożonych wyjaśnień NIK zauważa, że zgodnie z tabelą nr 1 pkt 6 załącznika nr 5 do rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu STM „Wykaz świadczeń chirurgii stomatologicznej i periodontologii oraz warunki ich realizacji”, jednym ze świadczeń wykonywanych w przedmiotowym zakresie jest *rentgenodiagnostyka – zdjęcie pantomograficzne z opisem*. Oznacza to, że oferent

⁵⁷ Na podstawie części II pkt 1.1. tabeli nr 1 stanowiącej załącznik nr 7 do rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy bez udziału podwykonawców premiowane było 3 punktami rankingowymi.

składając ofertę ma obowiązek zapewnić realizację tego świadczenia w ramach przyszłej umowy z NFZ. Tym samym komisja jest zobligowana do ustalenia, w jaki sposób świadczenia w tym zakresie zostaną zabezpieczone. Jeżeli posiadany przez niego sprzęt nie pozwala na samodzielną realizację świadczenia, sprawdzeniu podlega zabezpieczenie w drodze podwykonawstwa. Sprawdzenie posiadania podwykonawców było tym istotniejsze, że oferenci wykazywali ich brak jako podstawę przyznania dodatkowych punktów w rankingu. W przedmiotowych sprawach doszło do wskazania w ofertach nieprawdziwych informacji o warunkach realizacji świadczeń, co zgodnie z art. 149 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach powinno skutkować odrzuceniem tych ofert z postępowania. W tym miejscu wskazać bowiem należy na zakaz modyfikacji ofert przez oferentów wynikający z § 18 ust. 4 zarządzenia nr 18/2017/DSOZ. Odnośnie do postępowania, w którym komisja nie przeprowadziła weryfikacji oferenta, wskazania wymaga, że przyjęcie przez komisję, podczas negocjacji, ustnych oświadczeń było niedopuszczalne w świetle § 5 ust. 1 rozporządzenia w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy. Oferent ten nie powinien zresztą zostać zaproszony do negocjacji z uwagi na treść § 15 ust. 1 ww. rozporządzenia w brzmieniu obowiązującym do 20 czerwca 2018 r., z oferty nie wynikało bowiem, że oferent spełnia wymogi konieczne do zawarcia i realizacji umowy. Należy jednocześnie podkreślić, że ostatecznie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarto na warunkach pierwotnie wskazanych w ofertach, tj. realizacji świadczeń bez udziału podwykonawców w zakresie zdjęć pantomograficznych. Dodatkowo Oddział – wbrew przyjętej przez siebie praktyce – nie skorygował punktacji rankingowej w kryterium kompleksowość.

(dowód: akta kontroli: 1653-1654, 1696-1698, , 1739-1748, 1750-1772, 1846-1853, 1892-1898, 2101-2114, 2166)

W związku z nieodrżuceniem ofert opisanych powyżej w pkt 9, 10 i 11 Dyrektor Oddziału zawarła umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z siedmioma świadczeniodawcami w zakresie chirurgii stomatologicznej i periodontologii, trzema świadczeniodawcami w zakresie protetyki stomatologicznej oraz jednym w zakresie nefrologii. Na realizację umów w rodzaju STM (w II połowie 2017 r.) Oddział wydatkował odpowiednio 895 250,90 zł (chirurgia stomatologiczna) i 412 416,50 zł (protetyka). Wartość umowy zawartej na 2017 r. w następstwie postępowania 229/AOS wyniosła po zmianach 2 609 zł.

(dowód: akta kontroli: 938, 2024)

11. W przypadku ośmiu spośród 34 objętych badaniem ofert Komisja konkursowa dokonała oceny niezgodnej z rozporządzeniem w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert. I tak:

a) w postępowaniu 104/STM:

- jednej ofercie (02-00-02631-0006-17) niezasadnie przyznano 2 punkty za kryterium jakość, mimo że nie spełnione były warunki wynikające z cz. 6 Lp. I pkt 2 tabeli nr 1 załącznika nr 7 do ww. rozporządzenia w zw. z § 5 ust. 1 tego rozporządzenia, tj. oferent nie zapewniał w okresie związania ofertą aparatu RTG do zdjęć wewnątrzustnych w miejscu udzielania świadczeń wskazanym w ofercie, gdyż w trakcie procedury konkursowej dopiero procedował uzyskanie pozwoleń na uruchomienie aparatu RTG w pracowni podmiotu oraz nie posiadał w księdze rejestrowej wpisu *HC.4.2.3. Rentgenodiagnostyka*. Jednocześnie w związku z uznaniem przez komisję, iż oferent zapewnia we własnym zakresie diagnostykę RTG, jego oferta otrzymała niezasadnie 4 pkt w kryterium

kompleksowość, mimo iż niespełnione były warunki wynikające z cz. 6 Lp. II pkt 1.4 tabeli nr 1 załącznika nr 7 do ww. rozporządzenia;

(dowód: akta kontroli, str. 1922-1933, 2032-2035)

- jednej ofercie (02-00-02392-0001-17) niezasadnie przyznano 6 punktów za kryterium ciągłość, mimo iż niespełnione były warunki wynikające z cz. IV Lp. 3 tabeli nr 2 załącznika nr 7 do ww. rozporządzenia, tj. oferent nie realizował na podstawie umowy procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu nieprzerwanie od 10 lat⁵⁸;

(dowód: akta kontroli, str. 1677-1681, 1944-1946, 2032-2035)

- jednej ofercie (02-00-00810-0004-17) niezasadnie przyznano dodatkowe 5 punktów za kryterium dostępność, mimo iż niespełnione były warunki wynikające z cz. 6 Lp. III pkt 1.1 tabeli nr 1 załącznika nr 7 do ww. rozporządzenia, tj. jak wynikało z części VI oferty, oferent nie zapewniał pracy poradni przez 5 dni w tygodniu po 6 godzin dziennie⁵⁹;

(dowód: akta kontroli, str. 1902-1910, 2032-2035)

b) w postępowaniu 132/STM:

- dwóm ofertom (02-00-00773-0008-17, 02-00-04711-0005-17) niezasadnie przyznano 1 punkt za kryterium jakość, mimo iż niespełnione były warunki wynikające z cz. II Lp.1 tabeli nr 2 załącznika nr 7 do ww. rozporządzenia w zw. z § 6 pkt 2 i 4 tego rozporządzenia, tj. certyfikat jakości ISO w jednym przypadku nie obejmował miejsca udzielania świadczeń wskazanego w ofercie, w jednym – nie był opatrzony symbolem akredytacji jednostki akredytującej.

(dowód: akta kontroli, str. 1683-1684, 1709-1730, 1892-1901, 2042-2045)

Przewodnicząca komisji konkursowych w postępowaniach o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju STM oraz Dyrektor Oddziału wyjaśniły m.in., że brak skorygowania oferty, w której udzielono nieprawidłowej odpowiedzi w zakresie czasu pracy poradni, wynikał z dużej liczby ofert i ograniczeń czasowych. W pozostałych przypadkach wskazano, że przyczyną przyznania punktów przez komisję było uznanie za prawidłowe oświadczeń zawartych w ankietach, gdyż: [1] w przypadku aparatu nieposiadającego zezwolenia na uruchomienie: wizytacja potwierdziła fakt posiadania aparatu RTG i zobowiązano oferenta do dostarczenia zezwolenia; [2] w przypadku certyfikatów ISO – uznano przedłożone certyfikaty za właściwe, m.in. w związku z faktem, iż dotyczył on leczenia stomatologicznego będącego częścią świadczeń zdrowotnych ambulatoryjnych; [3] w zakresie ciągłości udzielania świadczeń uznano, że oferent w latach 2011-2014 miał podpisaną umowę na świadczenia ogólnostomatologiczne i w ramach tego zakresu wykonywał świadczenia protetyczne.

(dowód: akta kontroli: 1963-1964, 1971-1973)

- c) w postępowaniu 179/AOS jedynej złożonej ofercie niezasadnie przyznano dodatkowe 2 punkty za kryterium kompleksowość, mimo iż niespełnione były warunki wynikające z cz. 34 Lp. II pkt 2.1 tabeli nr 1 załącznika nr 2 do ww. rozporządzenia, tj. świadczeniobiorca nie realizował w lokalizacji umowy

⁵⁸ Oferent nie realizował umowy w rodzaju STM w zakresie protetyki stomatologicznej w okresie od stycznia 2011 r. do 30 czerwca 2014 r.

⁵⁹ Zgodnie ze wskazanym w ofercie harmonogramem pracy poradni w piątki czynna ona była przez 5 godzin i 50 minut.

w zakresie ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych⁶⁰
w zakresie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego⁶¹.

(dowód: akta kontroli, str. 2046-2058)

Dyrektor Oddziału oraz Przewodnicząca komisji konkursowej wyjaśniły, że zdaniem komisji oferent miał prawo do odpowiedzi twierdzącej, gdyż posiada on umowę z NFZ na realizację w warunkach ambulatoryjnych badań tomografii komputerowej w lokalizacji, czyli pracowni w Tucholi.

W odniesieniu do wyjaśnień Izba zauważa, że miejscem udzielania świadczeń wskazanym w ofercie była gmina Śliwice, stąd nie można uznać za realizację w lokalizacji świadczenia usług w komórce znajdującej się w Tucholi.

(dowód: akta kontroli, str. 2077)

d) w postępowaniu 229/AOS jedynej złożonej ofercie niezasadnie przyznano dodatkowe 2 pkt za kryterium kompleksowość, mimo iż niespełnione były warunki wynikające z cz. IV Lp. 3 tabeli nr 2 załącznika nr 2 do ww. rozporządzenia, tj. realizacji świadczeń bez udziału podwykonawców⁶².

(dowód: akta kontroli, str. 2060-2074)

Dyrektor Oddziału oraz Przewodnicząca komisji konkursowej w postępowaniu 229/AOS wyjaśniły m.in., że w toku wizytacji poinformowano oferenta o nieprawidłowej odpowiedzi, jednakże nie dokonywano zmian w ankiecie, gdyż w postępowaniu uczestniczył tylko jeden wykonawca.

(dowód: akta kontroli, str. 2081)

e) w postępowaniu 171/SZP:

– czterem miejscom udzielania świadczeń⁶³ z jednej oferty przyznano tą samą liczbę punktów (po 94,5 pkt), w tym wszystkie niezasadnie otrzymały po 4 punkty w kryterium jakość, mimo iż niespełnione były warunki wynikające z Lp. I pkt 1.9. cz. 2 Programy lekowe onkologiczne tabeli nr 1 załącznika nr 14 do ww. rozporządzenia, tj. nie wykazano w zasobach specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej lub psychologa klinicznego; dwa niezasadnie otrzymały po 4 punkty w kryterium jakość, mimo iż niespełnione były warunki wynikające z Lp. I pkt 1.11. cz. 2 Programy lekowe onkologiczne tabeli nr 1 załącznika nr 14 do ww. rozporządzenia, tj. nie wykazano psychoonkologa klinicznego, a jedno niezasadnie otrzymało 17 w kryterium jakość i 3 w kryterium kompleksowość, mimo iż niespełnione były warunki wynikające z Lp. I pkt 1.1. oraz Lp. II. pkt 1.2. cz. 2 Programy lekowe onkologiczne tabeli nr 1 załącznika nr 14 do ww. rozporządzenia, tj. nie wykazano lekarzy specjalistów z onkologii klinicznej - równoważnika czterech etatów oraz w lokalizacji miejsca udzielania świadczeń nie było apteki.

(dowód: akta kontroli str. 382-546, 608-665, 727-730, 733-751)

Dyrektor Oddziału i Przewodnicząca Komisji konkursowej w postępowaniu 171/SZP wyjaśniły, że w odniesieniu do oceny tych ofert po wprowadzeniu ich przez członka

⁶⁰ Dalej: „AOSK”.

⁶¹ Oferent zapewniał badania w zakresie tomografii komputerowej poza lokalizacją miejsca udzielania świadczeń wskazanego w ofercie, korzystając z zasobów własnych.

⁶² Oferent nie miał własnego USG i RTG, miał w tym zakresie zawartą umowę z innym podmiotem leczniczym, który w ofercie wykazany był jako podwykonawca.

⁶³ O unikalnych wyróżnikach 14896, 14931, 15833, 16594.

Komisji do systemu informatycznego programu KS-SIKCH, w module nr 23 "KONTRAKTOWANIE" w zakładce pn. „Postępowania w sprawie zawarcia umów” program nie sygnalizował różnic, czy niezgodności. System przeprowadza rankingowanie ofert bazując na informacjach podanych przez oferentów i zaczytanych do systemu. Nawet w przypadku widocznych różnic komisja nie dokonywała korekty ankiet w systemie KS-SIKCH. W przypadku błędów formalnych Komisja powinna odrzucić ofertę, a w przypadku nieprawidłowości powinna je wyjaśnić. W ocenie komisji nieprawidłowości nie miały charakteru formalnego i nie były podstawą do odrzucenia ofert. Jednocześnie zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi kontraktowania świadczeń zdrowotnych Komisja dokonuje oceny każdego miejsca udzielania świadczeń oddzielnie. Z dużym prawdopodobieństwem należy przyjąć, że świadczeniobiorca zaopatrywany np. we Włocławku w przypadku konieczności udzielenia świadczeń psychologicznych będzie takie świadczenia miał udzielone, a także że dystrybucja leków do Włocławka będzie odbywała się poprzez aptekę szpitalną.

(dowód: akta kontroli str. 838-874, 2180)

W ocenie NIK podstawową przyczyną ww. wymienionych nieprawidłowości było nieprzeprowadzenie przez Komisję konkursową porównania informacji dotyczących potencjału zawartych w części „VIII ankiety” z pozostałymi częściami oferty: „IV wykaz personelu” i „VI szczegóły oferty”, a także niezwyfikowanie zasobów oferenta ze stanem faktycznym. W następstwie powyższego w sześciu przypadkach komisje konkursowe nie stwierdziły podania w ofertach nieprawdziwych informacji, a tym samym – przesłanek do odrzucenia ofert, w tym jednej – w części.

12. W postępowaniu 171/SZP komisja konkursowa nie przeprowadziła negocjacji i nie wybrała oferty jednego oferenta, pomimo że pozostałym wybranym dwóm przyznano świadczenia o wartości łącznej 43 320 zł, a w postępowaniu tym ogłoszono, iż zawartych może zostać 50 umów na kwotę 48 320 zł. Oznaczało to, że w postępowaniu nie zapewniono równego traktowania wszystkich świadczeniodawców w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji wyrażonej w art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach.

Jednocześnie, po przeprowadzeniu postępowania, 6 lipca 2017 r. Dyrektor Oddziału decyzją Nr 17/2017/Odw./ZRP oddaliła odwołanie niewybranego oferenta od rozstrzygnięcia Komisji konkursowej z 23 czerwca 2017 r. uzasadniając to m.in. tym, iż zaproszonym do negocjacji oferentom zaproponowano środki finansowe proporcjonalnie do rankingu, wybrane do zawarcia umowy oferty w pełni pokrywały zapotrzebowanie na udzielanie świadczeń w zakresie określonym w konkursie, a ich wartość była zgodna z planem finansowym. Tymczasem nie wyczerpano wszystkich środków, nie rozdzielono ich proporcjonalnie do rankingu⁶⁴, a także wybrane dwie umowy nie pokrywały występującego zapotrzebowania⁶⁵.

(dowód: akta kontroli str. 385-408, 608-728)

⁶⁴ M.in. drugiemu na liście rankingowej oferentowi przyznano taką samą wartość świadczeń (11 664 zł), jak podmiotowi pierwszemu na liście.

⁶⁵ W dniu 3 października 2017 r. Oddział aneksem nr 2 do umowy nr 02-00-00803-17-37/17-21/T0006/SZP-PT udzielił oferentowi, który wniósł odwołanie w programie tym świadczeń na kwotę 4 773 zł, tj. uznał iż należało udzielać tych świadczeń, poza Bydgoszczą i Toruniem, również w Grudziądzu. Wcześniej, tj. w dniu 28 lipca 2017 r. Oddział wydał decyzję w której stwierdził, że „Zarzut niepełnego zabezpieczenia dostępu do świadczeń co do istoty również nie jest zasadny. Jednak z uwagi na niewyczerpanie limitu finansowania określonego w ogłoszeniu konkursowym (na zawarcie umów z wybranymi oferentami przewidziano kwotę 43 320 zł z planowanych 48 320 zł) zasadne jest rozważenie możliwości zawarcia umowy również z Odwołującym się oferentem, w trybie określonym w art. 154 ust. 7 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”.

Zgodnie z § 15 ust. 1 rozporządzenia w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy do negocjacji zaprasza się oferentów spełniających wymogi konieczne do zawarcia i realizacji umowy w liczbie, która zapewni możliwość dokonania skutecznego wyboru, przy założeniu wyczerpania planowanej do zakupienia liczby świadczeń lub wartości zamówienia.

Ponadto z pkt 3.2 procedury 2016/001/BO/KONTR/6.01 wynikało m.in., że do przeprowadzenia negocjacji zaprasza się co najmniej taką liczbę oferentów, która zapewni możliwość dokonania skutecznego wyboru przy założeniu wyczerpania planowanej liczby świadczeń lub wartości zamówienia.

Dyrektor Oddziału i Przewodnicząca Komisji konkursowej wyjaśniły, że oferta nie została wybrana, ponieważ otrzymała według systemowej oceny w części dotyczącej jakości najniższą punktację. Wybrano natomiast dwa podmioty, które z racji wieloletnich doświadczeń w prowadzeniu terapii onkologicznych gwarantowały prawidłową i pełną realizację przedmiotowego programu. Ponadto niewybrany oferent prowadzi leczenie onkologiczne chemioterapeutyczne w Oddziale Onkologii Klinicznej, do niedawna pod bardzo uważną opieką i nadzorem ówczesnego Konsultanta Wojewódzkiego w Dziedzinie Onkologii, który w 2016 r. nie akceptował wykorzystania w tym szpitalu innych programów poza dwoma (leczenie raka piersi oraz leczenie raka jelita grubego). Opinia taka nie jest dla komisji obligatoryjna, ale brana jest pod uwagę.

Wyjaśniły także, iż wykazana w tym postępowaniu liczba umów 50 jest widoczna w systemie KS-SIKCH w związku z jednoczasowym ogłoszeniem ośmiu postępowań konkursowych i tym samym stworzeniem podstawowej dokumentacji zbiorczej do ogłoszenia (system zsumował przewidywaną liczbę miejsc udzielania świadczeń wykazanych w poszczególnych postępowaniach).

(dowód: akta kontroli str. 838-862)

Uwaga dotycząca
badanej działalności

Ogłaszając postępowanie w trybie rokowań 198/REH Dyrektor działając z zamiarem wyłonienia świadczeniodawcy na terenie gminy Nowa Wieś Wielka, ogłosiła postępowanie dla obszaru powiatu bydgoskiego. Zgodnie z § 3 ust. 1 zarządzenia nr 130/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 grudnia 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką⁶⁶ postępowanie można ogłosić zarówno na obszarze powiatu, jak i gminy.

Dyrektor Oddziału wyjaśniła m.in., że decyzja o ogłoszeniu postępowania dla terenu powiatu wynikała z faktu, iż w fizjoterapii ambulatoryjnej zabezpieczenie dostępności do świadczeń od lat analizowane jest na poziomie powiatu.

(dowód: akta kontroli, str. 789-790, 945-954, 991-992)

NIK zauważa, że precyzyjne oznaczenie obszaru jest istotne w procesie kontraktowania. Jego zbyt szerokie oznaczenie może bowiem skutkować nieosiągnięciem zamierzonego celu i koniecznością dopuszczenia do postępowania świadczeniodawców spoza obszaru docelowego. Świadczeniodawcom niezaproszonym do rokowań przysługiwałby protest na brak zaproszenia.

⁶⁶ Dz. Urz. NFZ z 2016, poz. 130, ze zm.

1.4. Realizacja planu zakupów świadczeń

Analiza dostępu⁶⁷ w 2017 r. do wybranych świadczeń w rodzajach: podstawowa opieka zdrowotna⁶⁸, ambulatoryjna opieka specjalistyczna⁶⁹ i rehabilitacja lecznicza⁷⁰ wykazała, że:

- dostępność do świadczeń lekarza i położnej POZ była porównywalna do 2016 r. (zapewniono odpowiednio 507⁷¹ i 358⁷² miejsc łącznie we wszystkich powiatach); dostęp do świadczeń pielęgniarstwa POZ uległ poprawie o trzy miejsca udzielania świadczeń (łącznie 432⁷³ miejsca we wszystkich powiatach);
- do świadczeń w zakresie endokrynologii dostęp był zapewniony w 41 miejscach na terenie 14 powiatów⁷⁴ (tj. w 61% powiatów Województwa).

Dyrektor Oddziału wyjaśniła m.in., że mieszkańcy z powiatów pozostałych, w których występuje brak tych specjalistów, korzystają z poradni zlokalizowanych najbliżej miejsca zamieszkania lub zgodnie z prawem wyboru – u innych świadczeniodawców.

- dostęp do świadczeń w poradniach kardiologicznych zabezpieczony był w 62 miejscach w 21 powiatach, analogicznie jak w 2016 r.

Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że świadczenia dla pacjentów z powiatów włocławskiego i grudziądzkiego zabezpieczone są przez podmioty zlokalizowane w Grudziądzu i Włocławku.

- dostęp do świadczeń w zakresie gruźlicy i chorób płuc zabezpieczony był, analogicznie jak w 2016 r., w 33 miejscach na terenie 17 powiatów.

Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że mieszkańcy z powiatów zlokalizowanych przy dużych miastach – Bydgoszczy, Grudziądzu, Toruniu, Włocławku i Inowrocławiu mają zabezpieczone świadczenia przez realizatorów umów w tych miastach.

- dostęp do świadczeń rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym, zarówno w 2016, jak i w 2017 r., zapewniony był w ośmiu miejscach na terenie pięciu powiatów⁷⁵;
- dostęp do świadczeń rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych w 2016 i 2017 r. zapewniony był w jednym miejscu na terenie Województwa (tj. m. Bydgoszcz).

Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że na terenie województwa kujawsko-pomorskiego jest ograniczona liczba podmiotów, które złożyły oferty na ww. zakresy świadczeń

⁶⁷ Liczba miejsc udzielania świadczeń.

⁶⁸ Świadczenia lekarza POZ, świadczenia pielęgniarstwa i położnej POZ.

⁶⁹ Świadczenia w zakresie endokrynologii, kardiologii, gruźlicy i chorób płuc.

⁷⁰ Rehabilitacja ogólnorozwojowa w ośrodku / oddziale dziennym, rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych.

⁷¹ Świadczenia w zakresie lekarza POZ w 2017 r. w porównaniu do 2016 r. wzrosły o jedno miejsce w powiecie bydgoskim i o jedno w m. Toruń oraz o trzy miejsca w m. Bydgoszczy, spadły natomiast o trzy miejsca w m. Włocławek i po jednym w powiecie wąbrzeskim i włocławskim.

⁷² Świadczenia w zakresie położnej POZ w 2017 r. w porównaniu do 2016 r. wzrosły o dwa miejsca w m. Bydgoszczy i po jednym w powiecie bydgoskim, brodnickim, golubsko-dobrzyńskim i w m. Toruń, spadły natomiast o dwa miejsca w m. Włocławek i po jednym w powiecie grudziądzkim, wąbrzeskim, włocławskim i żnińskim.

⁷³ Świadczenia w zakresie pielęgniarstwa POZ w 2017 r. w porównaniu do 2016 r. wzrosły o cztery miejsca w m. Bydgoszczy, o dwa w powiecie golubsko-dobrzyńskim i po jednym w powiecie brodnickim, bydgoskim, tucholskim i w m. Toruń, spadły o dwa miejsca w m. Włocławek i po jednym w powiecie grudziądzkim, inowrocławskim, wąbrzeskim, włocławskim i żnińskim.

⁷⁴ Analogicznie jak w 2016 r. Brak dostępu do świadczeń w powiatach: bydgoskim, chełmińskim, golubsko-dobrzyńskim, grudziądzkim, nakielskim, sępoleńskim, toruńskim, włocławskim i żnińskim. Na koniec 2017 r. kolejka osób oczekujących na świadczenia w zakresie endokrynologii zmniejszyła się o 20,1%.

⁷⁵ Powiat aleksandrowski (trzy miejsca), m. Bydgoszcz (dwa miejsca), po jednym miejscu w powiecie brodnickim, w m. Toruń i m. Włocławek.

w rehabilitacji leczniczej. Jest to zakres, w ramach którego najczęściej wykonywane są świadczenia dla określonej grupy pacjentów, np. stwardnienie rozsiane, obrzęk limfatyczny, itp. Natomiast świadczenia ambulatoryjne w powiatach zabezpieczone są głównie przez świadczeniodawców realizujących zakres fizjoterapia ambulatoryjna.

(dowód: akta kontroli str. 52-55)

Na terenie działania Oddziału w 2017 r. wystąpiło 45 przypadków⁷⁶ zaprzestania udzielania świadczeń⁷⁷ przez świadczeniodawców. Powodem zaprzestania udzielania świadczeń było: niezłożenie oferty przez świadczeniodawcę (w 22 przypadkach); niewybranie oferty świadczeniodawcy z powodu rozstrzygnięcia konkursowego (w dziewięciu przypadkach); wypowiedzenie umowy przez świadczeniodawcę (w 10 przypadkach); rozwiązanie umowy za porozumieniem stron w związku z brakiem realizacji świadczeń (w trzech przypadkach, brak pacjentów spełniających kryteria programu lekowego, kwalifikujących się do leczenia); śmierci lekarza (w jednym przypadku). W powyższych przypadkach: pacjenci zostali przejęci przez inny podmiot; nie występowały kolejki lub Oddział pisemnie⁷⁸ informował pacjentów o możliwości realizacji świadczeń w innym podmiocie.

(dowód: akta kontroli str. 55, 102-106)

1.5. Podstawowy system szpitalnego zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych⁷⁹

Analiza wybranych trzech zakresów świadczeń (po jednym z rodzaju AOS, REH i SZP)⁸⁰ wykazała, że po wprowadzeniu PSZ w IV kwartale 2017 r. w porównaniu do IV kwartału 2016 r.:

- w fizjoterapii ambulatoryjnej liczba świadczeniodawców wzrosła o jednego, liczba miejsc udzielania świadczeń zwiększyła się o trzy, liczba pacjentów zwiększyła się o 1 753, liczba świadczeń zwiększyła się o 77 826;
- w badaniach rezonansu magnetycznego liczba świadczeniodawców i miejsc udzielania świadczeń nie zmieniła się, liczba pacjentów zwiększyła się o 6 963, liczba świadczeń zwiększyła się o 7 370;
- w zakresie kardiologii – hospitalizacji E10, E11, E12G, E15 liczba świadczeniodawców i miejsc udzielania świadczeń nie zmieniła się, liczba pacjentów zmniejszyła się o 471, liczba świadczeń zmniejszyła się o 348.

(dowód: akta kontroli str. 122-209)

Poziom nadwykonań i niewykonań w IV kwartale 2017 r. dla świadczeń wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania wyniósł odpowiednio 6 606,3 tys. zł oraz 1 800,4 tys. zł. Dla świadczeń finansowanych w ramach ryczałtu w umowach ze szpitalami zakwalifikowanymi do PSZ wykonanie w IV kwartale 2017 r. wyniosło dla 30 szpitali 15 167,3 tys. zł, w tym 13 szpitali rozliczyło się bez

⁷⁶ Dotyczy 45 umów, z tego w przypadku czterech umów z zakresami skojarzonymi.

⁷⁷ M.in. w zakresie świadczenia położonej POZ; ambulatoryjnej opieki lekarskiej; świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dorosłych; ogólnostomatologicznych; ortodoncji dla dzieci i młodzieży; chirurgii stomatologicznej i periodontologii; w pielęgniarstwie długoterminowej domowej; w zakresie neurologii dziecięcej; położnictwa i ginekologii; w zakresie programu lekowego – leczenia neurogennej nadreaktywności wypieracza.

⁷⁸ Pacjentów informowano m.in. o zakończeniu umowy przez danego świadczeniodawcę i o możliwości uzyskania kopii dokumentacji medycznej oraz przysyłano wykaz pozostałych świadczeniodawców realizujących umowy w tym zakresie.

⁷⁹ Dalej: „PSZ”.

⁸⁰ Do próby wybrano zakresy spośród najwyższych wykonanych wartości w IV kwartale 2017 r., po jednym z rodzaju AOS, REH i SZP.

błędów na łączną kwotę 3 318,0 tys. zł. Dla pozostałych 17 szpitali wykonanie faktyczne wyniosło 11 849,3 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 49-61)

Wykaz świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów PSZ został sporządzony i ogłoszony w Biuletynie Informacji Publicznej Oddziału 27 czerwca 2017 r. zgodnie z art. 2 ust. 4 i 5 ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁸¹. Badanie 11 szpitali wybranych losowo z Wykazu szpitali PSZ wykazało, że spełniały one wymagania określone w art. 95m ustawy o świadczeniach oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej⁸².

Do wykazu szpitali PSZ nie byli włączani świadczeniodawcy w trybie art. 2 ust. 6 ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach. Szpital Zakaźny w Bydgoszczy z jednym profilem zabezpieczenia (choroby zakaźne) został zakwalifikowany do szpitali III stopnia na podstawie § 2 ust. 4 pkt 2 ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Wszyscy świadczeniodawcy w dniu ogłoszenia wykazu spełniali warunki kwalifikacji określone w ww. ustawie. Dyrektor podała, że w wykazie szpitali PSZ, nie było podmiotów powstałych w wyniku połączenia podmiotów leczniczych zakwalifikowanych w trybie określonym w art. 4 ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach.

(dowód: akta kontroli str. 49-61, 62-97, 298)

W Wykazie szpitali PSZ nie zostało umieszczonych 26 podmiotów, które realizowały świadczenia w rodzaju leczenie szpitalne w dniu jego ogłoszenia.

(dowód: akta kontroli str. 50, 58-60)

W związku z kwalifikacją do poszczególnych poziomów PSZ protesty złożyły dwa podmioty⁸³. Protest Szpitala Dziecięcego w Bydgoszczy dotyczył niewłaściwego określenia zakresu świadczeń zdrowotnych Szpitala poprzez zobowiązanie go do udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Dyrektor Oddziału wydała decyzję odmawiającą uwzględnienia protestu, która następnie została utrzymana w mocy przez Prezesa NFZ. Protest złożony przez ZOZ w Brodnicy dotyczył natomiast niezakwalifikowania do PSZ poradni urologicznej oraz rehabilitacji leczniczej. Protest ten nie podlegał rozpatrzeniu, ponieważ został złożony po terminie.

(dowód: akta kontroli str. 60, 107-120)

Badanie umów zawartych z sześcioma losowo wybranymi szpitalami wykazało, że zostały one zawarte 29 września 2017 r. w zakresie profili systemu zabezpieczenia, o których mowa w art. 95l ust. 3 ustawy o świadczeniach.

(dowód: akta kontroli str. 50, 60, 875-888)

⁸¹ Dz. U. z 2017 r., poz. 844. Dalej: „ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach”.

⁸² Dz. U. z 2017 r., poz. 1163.

⁸³ Wojewódzki Szpital Dziecięcy im. J. Brudzińskiego w Bydgoszczy (dalej: „Szpital Dziecięcy”) oraz Zespół Opieki Zdrowotnej SP ZOZ im. R. Czerwiakowskiego w Brodnicy (dalej: „ZOZ w Brodnicy”).

W trzech pierwszych kwartałach 2017 r. w 27 miejscach udzielania świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielono 342 841 porad lekarskich i 165 868 wizyt pielęgniarskich o wartości 29 141,5 tys. zł. W IV kwartale 2017 r. świadczenia w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej zakontraktowano na wszystkich obszarach zabezpieczenia. Po zmianach organizacyjnych było łącznie 30 miejsc udzielania ww. świadczeń, w których udzielono 84 829 porad lekarskich oraz 20 063 wizyt pielęgniarskich o wartości 7 564,9 tys. zł. W IV kwartale 2015 r. i 2016 r. było 27 miejsc udzielania świadczeń, w których udzielono odpowiednio 78 160 i 92 418 porad lekarskich oraz 34 582 i 42 050 wizyt pielęgniarskich o wartości odpowiednio 7 162,4 tys. zł i 7 130,9 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 60-61)

Ocena częściowa

W Oddziale zgodnie z obowiązującymi procedurami przygotowano plan zakupu oraz plan finansowy na 2017 r. Terminowo sporządzono i ogłoszono wykaz świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów PSZ. W 2017 r. świadczenia opieki zdrowotnej realizowane były w oparciu o 2 785 umów ze świadczeniodawcami. Plan zakupu świadczeń zrealizowano m.in. poprzez przeprowadzenie konkursów na udzielanie świadczeń zdrowotnych, w których wystąpiły jednak nieprawidłowości mające wpływ na rozstrzygnięcie postępowań. Polegały one w szczególności na nieodrzuconiu z postępowań ofert, mimo zaistnienia przesłanek, oraz nierzetelnej weryfikacji ofert złożonych przez oferentów.

2. Czas oczekiwania na udzielenie świadczeń

Opis stanu faktycznego

W 2017 r. wszyscy zobowiązani do tego świadczeniodawcy przesyłali do Oddziału komunikaty o liczbie osób oczekujących i czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia.

(dowód: akta kontroli str. 904)

Porównanie liczby osób oczekujących⁸⁴ na udzielenie świadczeń w wybranych zakresach⁸⁵ oraz czasu oczekiwania w wybranych zakresach⁸⁶ według stanu na koniec 2017 r. w porównaniu do stanu 2016 r. wykazało, że:

- spadła liczba osób oczekujących (przypadki pilne i stabilne): do poradni okulistycznej (o 3 442 osób, tj. 18,0%); neurologicznej (o 370 osób, tj. 3,6%); na świadczenia z zakresu endokrynologii (o 1 356 osób, tj. 20,1%); do poradni rehabilitacyjnej (o 621 osób, tj. 13,8%); na oddział rehabilitacji neurologicznej (o 19 osób, tj. 0,9%); do zakładu/ośrodka rehabilitacji leczniczej dziennej (o 151 osób, tj. 9,3%); do poradni zdrowia psychicznego (o 325 osób, tj. 11,3%); do poradni psychologicznej (o 37 osób, tj. 6,6%); do poradni psychogeriatrycznej (o 66 osób, tj. 12,2%); na zabiegi w zakresie soczewki – zaćma (o 1 720 osób, tj. o 5,9%); leczenie protetyczne (o 1 721 osób, tj. o 6,1%); na świadczenia rezonansu magnetycznego (o 4 974, tj. o 30,0%); na leczenie aparatem ortodontycznym (o 40 osób, tj. o 0,5%); na świadczenia tomografii komputerowej (o 2 597 osób, tj. o 34,9%); na badania genetyczne (o 147 osób, tj. 12,5%);
- skrócił się czas oczekiwania na udzielenie świadczeń (przypadki stabilne): w poradni nowotworów krwi (z 242 do 238 dni, tj. o 4 dni); z zakresu

⁸⁴ Liczba osób w kategorii pilnej i stabilnej.

⁸⁵ Po pięć zakresów z rodzajów: AOS, SZP, REH i PSY oraz w 10 zakresach, na które są prowadzone odrębne listy oczekujących o największej liczbie osób oczekujących, według stanu na koniec 2017 r.

⁸⁶ Po pięć zakresów z rodzajów: AOS, SZP, REH i PSY oraz w 10 zakresach, na które są prowadzone odrębne listy oczekujących o najdłuższej medianie średniego czasu oczekiwania według stanu na koniec 2017 r.

endokrynologii (z 224 do 219, tj. o 5 dni); na oddziale rehabilitacji neurologicznej (z 508 do 477 dni, tj. o 31 dni); oddziale rehabilitacji pulmonologicznej z 310 do 258 dni, tj. o 52 dni); oddziale dziennym psychiatrycznym rehabilitacyjnym (z 51 do 35 dni, tj. o 16 dni); endoprotezoplastykę stawu kolanowego (z 870 do 858 dni, tj. o 12 dni); zabiegi w zakresie soczewki – zaćma (z 437 do 431 dni, tj. o 6 dni); świadczenia rezonansu magnetycznego (z 198 do 158 dni, tj. o 39 dni); leczenie protetyczne (z 284 do 274 dni, tj. o 11 dni);

- wzrosła liczba osób oczekujących na: świadczenia z zakresu kardiologii (o 35 osób, tj. o 0,4%); endoskopii (o 59 osób, tj. o 1,1%); endoprotezoplastyki stawu kolanowego (o 720 osób, tj. o 10,1%); endoprotezoplastyki stawu biodrowego (o 90 osób, tj. o 1,3%); implementacji, założenia, umiejscowienia lub przemieszczenia wewnątrzczaszkowego neurostymulatora mózgu (o 577 osób, tj. o 67,9%); koronarografii (o 159 osób, tj. o 27,9%); świadczenia w oddziałach: chirurgicznym ogólnym (o 720 osób, tj. o 7,1%); neurochirurgicznym (o 463 osoby, tj. 4,5%); chirurgii urazowo-ortopedycznej (o 728 osób, tj. o 12,5%); otolaryngologicznym (o 289 osób, tj. o 5,7%); leczenia jednego dnia (o 93 osoby, tj. o 2,4%); fizjoterapii (o 2 744 osoby, tj. o 3,9%); rehabilitacyjnym (o 959 osób, tj. o 14,0%); psychiatrycznym ogólnym (o 38 osób, tj. o 28,8%); do poradni zdrowia psychicznego dla dzieci (o 9 osób, tj. 1,6%);
- wydłużył się czas oczekiwania na udzielenie świadczeń⁸⁷ w poradni: gastroenterologicznej dla dzieci (z 174 do 408 dni, tj. o 234 dni); chorób metabolicznych (z 118 do 258 dni, tj. o 140 dni); chorób metabolicznych dla dzieci (z 230 do 256 dni, tj. o 26 dni); na oddziale neurochirurgicznym (z 491 do 535 dni, tj. o 44 dni); ginekologicznym (z 400 do 460 dni, tj. o 60 dni); otolaryngologicznym (z 265 do 273 dni, tj. o 8 dni); chirurgii urazowo-ortopedycznej (z 252 do 281 dni, tj. o 29 dni); endokrynologicznym (z 167 do 207 dni, tj. o 40 dni); rehabilitacyjnym (z 492 do 609 dni, tj. o 116 dni); rehabilitacji narządu ruchu (z 140 do 199 dni, tj. o 58 dni); w dziale (pracowni) fizjoterapii (z 128 do 144 dni, tj. o 15 dni); w poradni psychogeriatrycznej (z 143 do 165 dni, tj. o 22 dni); psychologicznej dla dzieci (z 83 do 114 dni, tj. o 31 dni); zespole leczenia środowiskowego (z 16 do 33 dni, tj. o 17 dni); endoprotezoplastykę stawu biodrowego (z 679 do 687 dni, tj. o 8 dni); leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową (z 400 do 552 dni, tj. o 152 dni); leczenie aparatem ortodontycznym (z 299 do 366 dni, tj. o 67 dni); leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B (z 110 do 198 dni, tj. o 88 dni); implementację, założenie, umiejscowienie lub przemieszczenie wewnątrzczaszkowego neurostymulatora mózgu (z 158 do 177 dni, tj. o 19 dni); badania genetyczne (z 80 do 112 dni, tj. o 32 dni).

(dowód: akta kontroli str. 223-227)

Pomimo otrzymania w 2017 r. przez Oddział dodatkowych środków m.in. na zmniejszenie liczby osób oczekujących na wszczepienie endoprotezy, średni czas oczekiwania na endoprotezoplastykę stawu biodrowego wydłużył się do 687 dni, przy czym liczba osób oczekujących na świadczenie z zakresu endoprotezoplastyki stawu kolanowego i biodrowego wzrosła i wynosiła na koniec 2017 r. odpowiednio 7 833 i 7 199 osób.

(dowód: akta kontroli str. 223-227, 1310, 1353, 1364-1371)

⁸⁷ W kategorii stabilnej.

Dyrektor Oddziału wskazała m.in., że na wzrost liczby osób wpisanych na listę oczekujących oraz wydłużenie się czasu oczekiwania mogą mieć wpływ m.in.: czynniki demograficzne; coraz większa liczba osób, które są uprzywilejowane i których nie umieszcza się na listach oczekujących; nieprawidłowe prowadzenie list oczekujących, między innymi nieskreślanie pacjentów, którym już udzielono świadczenia oraz wykazywanie na listach oczekujących pacjentów ujętych już w procesie leczenia.

(dowód: akta kontroli str. 1459-1460, 1464-1471)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w powyższym zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

Ocena częściowa

W okresie objętym kontrolą Oddział gromadził i analizował wymagane informacje o stanie kolejek i okresie oczekiwania na udzielenie świadczeń w skontrolowanych zakresach. Jednakże, pomimo zwiększenia nakładów w poszczególnych rodzajach świadczeń, czas oczekiwania na udzielenie świadczenia w objętych kontrolą zakresach nie skrócił się, a w niektórych przypadkach nawet się wydłużył.

3. Finansowanie wybranych rodzajów świadczeń

Opis stanu
faktycznego

3.1. Kontrola realizacji umów

Wartość wykonanych świadczeń na koniec 2017 r.⁸⁸ wynosiła 3 621 159,1 tys. zł, stanowiąc 98,1% planu na 2017 r. oraz 107,2% wykonania świadczeń w 2016 r.

Wartość niewykonanych świadczeń zakontraktowanych na 2017 r. wyniosła 4 508,8 tys. zł (0,12% wartości wykonanych świadczeń w 2017 r.) i była o 267,9 tys. zł mniejsza niż w 2016 r. (4 776,7 tys. zł).

(dowód: akta kontroli str. 34-35, 332, 1061-1065)

Analiza pięciu świadczeniodawców z największą wartością niewykonanych kontraktów w rodzajach SZP⁸⁹ i AOS⁹⁰ na koniec I półrocza 2017 r.⁹¹ wykazała m.in., że:

- w analogicznym okresie 2016 r. wszystkie objęte analizą podmioty miały niewykonane świadczenia, przy czym ich wartość była niższa niż na koniec I półrocza 2017 r.⁹²;
- w związku z niezrealizowaniem świadczeń w określonych zakresach, na wnioski świadczeniodawców Oddział dokonywał przesunięć środków kontraktu na realizację innych zakresów świadczeń objętych umową, do wysokości limitu określonego w załączniku rzeczowo – finansowym;

⁸⁸ Według stanu na 12 lutego 2018 r.

⁸⁹ 1. Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy, dalej „Szpital Jurasza” – 5 961,4 tys. zł, 2. Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu, dalej „Szpital Rydygiera” – 2 051,0 tys. zł, 3. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Włocławku, dalej „Szpital we Włocławku” – 2 036,6 tys. zł, 4. Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. dr. E. Warmińskiego SPZOZ w Bydgoszczy, dalej „Szpital Warmińskiego” – 1 619,0 tys. zł, 5. SPZOZ Specjalistyczny Szpital Miejski im. M. Kopemika w Toruniu, dalej „Szpital Kopemika” – 1 276,0 tys. zł.

⁹⁰ 1. Szpital Rydygiera – 297,5 tys. zł, 2. Centrum Onkologii im. prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy, dalej „CO” – 252,2 tys. zł, 3. Szpital Jurasza – 223,5 tys. zł, 4. SPZOZ 10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką w Bydgoszczy, dalej „Szpital 10 Wojskowy” – 204,5 tys. zł, 5. Szpital Warmińskiego – 180,6 tys. zł.

⁹¹ Łączna wartość niewykonania świadczeń w I półroczu 2017 r. dla tych 5 szpitali w rodzaju leczenie szpitalne wynosiła 12 945 tys. zł, wobec 8 533,9 tys. zł w analogicznym okresie 2016 r. Łączna wartość niewykonania świadczeń w I półroczu 2017 r. dla tych 5 podmiotów w rodzaju AOS wynosiła 1 158,4 tys. zł, wobec 983,8 tys. zł w analogicznym okresie 2016 r.

⁹² Z wyjątkiem dwóch podmiotów: CO i Szpital 10 Wojskowy w rodzaju AOSA w I półroczu 2016 r., w przypadku których niewykonanie świadczeń było wyższe niż w analogicznym okresie 2016 r.

- Oddział nie zwiększał świadczeniodawcom wartości kwot zobowiązania w poszczególnych zakresach, w których w I półroczu 2017 r. wystąpiło niewykonanie świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 16-16, 26-27)

Dyrektor Oddziału podała m.in., że poziom niskiego wykonania ryczałtu przez wymienionych świadczeniodawców może wynikać ze zmiany struktury udzielonych i rozliczonych świadczeń w ramach pakietów onkologicznych. Ponadto ze względu na wprowadzenie w IV kwartale 2017 r. „sieci szpitali” bezpośrednie porównanie pełnego roku 2016 do 2017 r. jest utrudnione, ponieważ zmieniły się zasady rozliczania wykonanych świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 333-336, 1018-1019, 2134)

Wartość świadczeń ponadumownych w 2017 r.⁹³ wynosiła łącznie 41 466,0 tys. zł i zmniejszyła się w stosunku do 2016 r. o 46 390,5 tys. zł (o 52,8%).

(dowód: akta kontroli str. 28, 35, 343)

3.2. System kontroli świadczeniodawców oraz system kontroli wewnętrznej

W 2017 r. Wydział Kontroli przeprowadził łącznie 171 kontrole u świadczeniodawców⁹⁴ (tj. wszystkie zaplanowane). W przeprowadzonych kontrolach realizacji umów na świadczenia główne nieprawidłowości dotyczyły:

- sprawozdawania do zapłaty danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których Oddział dokonał nienależnego przekazania środków finansowych;
- niespełniania warunków wymaganych do realizacji świadczeń gwarantowanych, szczególnie w zakresie wyposażenia w sprzęt;
- ograniczenia dostępności do świadczeń poprzez samowolne skracanie godzin pracy personelu, niezgodnie ze zgłoszonymi do umowy.

Wartość kwot zakwestionowanych świadczeń przypisanych do zwrotu w związku z nieprawidłowościami w realizacji umów w 2017 r. wyniosła 2 654,5 tys. zł⁹⁵, natomiast kar – 462,9 tys. zł. Ponadto zakwestionowano refundację leków na kwotę 18,8 tys. zł, nakładając kary w łącznej wysokości 16,8 tys. zł. Z zakwestionowanych kwot i nałożonych kar wyegzekwowano kwotę 2 450,8 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 210-216, 2280-241, 299, 1018-1024)

Dyrektor Oddziału wyjaśniła m.in., że w kontroli świadczeń zatrudnionych jest 15 osób, w tym 14 czynnych kontrolerów (7 zespołów dwuosobowych). Na przestrzeni 10 lat liczba lekarzy w kontroli spadła o połowę i mimo permanentnie ogłaszanych naborów, brak jest chętnych medyków do tej pracy. Obecna liczba kontrolerów jest w stanie skontrolować około 170 umów rocznie. Tym samym istnieją umowy, które nigdy nie były poddane kontroli. W chwili obecnej są one jednym z priorytetów kontrolnych.

(dowód: akta kontroli str. 1018-1024)

⁹³ Według stanu na 12.02.2018 r.

⁹⁴ W 2016 r. odpowiednio 172 kontrole u świadczeniodawców, w tym: 108 kontroli realizacji umów, 50 kontroli aptek i 14 kontroli ordynacji lekarskich.

⁹⁵ W tym kwota 31,0 tys. zł dotyczyła 2014 r., 27,4 tys. zł 2015 r., 2 528,2 tys. zł 2016 r. i 67,9 tys. zł - 2017 r.

Na podstawie analizy dokumentacji kontrolnej pięciu świadczeniodawców realizujących świadczenia w STM ustalono, że kontrole świadczeniodawców były prowadzone prawidłowo⁹⁶.

(dowód: akta kontroli str. 313-327)

Na podstawie oględzin raportów statystycznych przesłanych w 2017 r. przez największych świadczeniodawców w rodzaju AOS ustalono, że system informatyczny Oddziału automatycznie weryfikował poprawność ich sporządzenia.

(dowód: akta kontroli str. 216-217, 338-342, 1017)

Do Oddziału w 2017 r. wpłynęło 315 skarg⁹⁷ świadczeniobiorców, w tym 279 dotyczyło działań świadczeniodawców⁹⁸, a 36 dotyczyło działalności Oddziału.

Wśród skarg na świadczeniodawców 81 dotyczyło utrudnionego dostępu do świadczeń medycznych, natomiast 28 jakości świadczonych usług. Analiza rozpatrywania 10 wybranych skarg (3,2%) wykazała, że w każdym przypadku Oddział przeprowadził postępowanie wyjaśniające.

(dowód: akta kontroli str. 217, 317-331, 1025-1061)

W planie kontroli na 2017 r. nie ujęto kontroli zasadności ujmowania świadczeń przedstawianych przez świadczeniodawców do rozliczenia jako „ratujące życie”. Dyrektor wyjaśniła, że Oddział nigdy nie kontrolował świadczeń określanych jako „ratujące życie” jako odrębnego tematu kontroli. W poprzednich latach, podczas kontroli świadczeń szpitalnych, stwierdzano przypadki nadużywania sprawozdawania „świadczeń ratujących życie” i wykazywania ich w nieuzasadnionych okolicznościach. W takich przypadkach wzywano świadczeniodawców do korekty powyższego i nakładano karę.

(dowód: akta kontroli str. 218)

3.3. Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KOC)

Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że mimo prowadzenia akcji informacyjnej przez pracowników Oddziału na spotkaniach z przedstawicielami uprawnionych świadczeniodawców⁹⁹ nie zawarto żadnej umowy ze świadczeniodawcami na realizację świadczeń w ramach KOC. W związku z tym w 2017 r. programem KOC na terenie województwa kujawsko-pomorskiego nie została objęta żadna kobieta w ciąży.

(dowód: akta kontroli str. 218-220, 300-312)

3.4. Programy polityki zdrowotnej finansowane ze środków NFZ

⁹⁶Tj. zgodnie z art. 64 ustawy o świadczeniach, rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie szczegółowego sposobu i trybu przeprowadzania kontroli przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych (Dz.U. Nr 274, poz. 2723) oraz § 8-44 zarządzenia nr 45/2016/DK Prezesa NFZ z dnia 15 czerwca 2016 r. w sprawie planowania, przygotowania, przeprowadzania oraz realizacji wyników kontroli przez Narodowy Fundusz Zdrowia (Dz. Urz. NFZ z 2016 r. poz. 45, uchylone z dniem 1 stycznia 2018 r.).

⁹⁷ W 2016 r. – 347 skarg.

⁹⁸ W tym według rodzaju świadczeń; POZ-72, UZD-62, SZP-57, AOS-46, STM-27.

⁹⁹ Np. 26.02.2016 r. konferencja pt. „Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży - nowe perspektywy dla matki i dziecka”; w maju 2016 r. prowadzono spotkania propagujące program KOC w Warszawie, Gdańsku, Poznaniu i Łodzi, w których uczestniczyli przedstawiciele Szpitala Miejskiego, MSWiA, Szpitala Bizziela w Bydgoszczy, Szpitala w Grudziądzu, Szpitala Zespołowego w Toruniu, przedstawiciele Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Bydgoszczy.

W 2017 r. dwa programy polityki zdrowotnej realizowane przez samorządy terytorialne¹⁰⁰ zostały objęte finansowaniem przez Oddział: 1) Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) oraz 2) Program profilaktyki próchnicy i urazów zębów mlecznych i stałych skierowany do dzieci i młodzieży, ich rodziców i opiekunów oraz pracowników oświaty pt. „Toruń oświeca uśmiechem”.

Faktycznie łączna wartość zrealizowanych programów polityki zdrowotnej wyniosła 247,1 tys. zł (tj. 53% wartości zaplanowanej), a dofinansowanie NFZ wyniosło 72,4 tys. zł. Naczelnik Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej wskazała, że niewykorzystanie środków z NFZ wynikało z opóźnienia dostaw na rynek polski szczepionek oraz negatywnego nastawienia rodziców do tych szczepień.

(dowód: akta kontroli str. 220-221, 242-297)

Ustalono
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w powyższym zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

Ocena częściowa

W Oddziale analizowano w trakcie roku stopień wykonania umów na realizację świadczeń opieki zdrowotnej oraz podejmowano działania w celu pełnego wykorzystania środków przewidzianych w planie finansowym, w szczególności reagowano na sytuacje związane z występowaniem niewykonania i nadwykonania. Funkcjonujące w Oddziale systemy kontroli zewnętrznej (świadczeniodawców) i wewnętrznej wspomagały ocenę prawidłowości realizacji zadań.

4. Wykonanie planu finansowego

Opis stanu
faktycznego

4.1. Przygotowanie planu finansowego Oddziału na 2017 r.

Wysokość planowanych na 2017 r. kosztów zadań wykonywanych przez Oddział ustalono na podstawie założeń określonych przez Prezesa NFZ, uwzględniając stopień realizacji umów w poszczególnych rodzajach i zakresach świadczeń w 2016 r. Koszty świadczeń opieki zdrowotnej ustalono na 3 898 363 tys. zł. W trakcie 2017 r. plan ten został zwiększony do kwoty 4 193 949,0 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 39-48, 1193-1202, 1203-1207)

Ceny jednostek rozliczeniowych w poszczególnych rodzajach i zakresach świadczeń zdrowotnych na 2017 r. zostały ustalone na poziomie umów obowiązujących w 2016 r. W trakcie 2017 r., w związku z wprowadzeniem „sieci szpitali”, zmianie uległy wartości ceny jednostki rozliczeniowej w trzech rodzajach świadczeń: AOS¹⁰¹, SZP¹⁰² i SOK¹⁰³.

(dowód: akta kontroli str. 1204, 1472-1499)

4.2. Przychody

Przychody Oddziału za 2017 r. wyniosły 4 356 531,4 tys. zł i były o 409 327,5 tys. zł wyższe (o 10,4%) niż w 2016 r.

¹⁰⁰ M. Włocławek i m. Toruń program pierwszy oraz m. Toruń program drugi.

¹⁰¹ Zgodnie z zarządzeniem nr 62/2017/DSOZ Prezesa NFZ z 26 lipca 2017 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

¹⁰² Zgodnie z zarządzeniem nr 57/2017/DSOZ Prezesa NFZ z 26 lipca 2017 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.

¹⁰³ Zgodnie z zarządzeniem nr 58/2017/DSOZ Prezesa NFZ z 26 lipca 2017 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie.

Należności krótkoterminowe Oddziału¹⁰⁴ na koniec 2017 r. wynosiły 26 739,7 tys. zł i były niższe o 546,9 tys. zł (tj. o 2%) od wykazanych na koniec 2016 r.

(dowód: akta kontroli str. 1209-1218, 1220-1222, 1234-1249, 1263, 1268-1269, 1284)

W okresie objętym kontrolą Oddział sporządził 25 wniosków o dokonanie windykacji należności z kar umownych i zakwestionowanych świadczeń zdrowotnych. Należności w wysokości 789,9 tys. zł zostały uregulowane poprzez kompensatę wierzytelności Oddziału, natomiast niewyegzekwowana kwota w łącznej wysokości 4,7 tys. zł została objęta odpisem aktualizacyjnym. W 2017 r. Oddział umorzył należności 9 świadczeniobiorców w łącznej kwocie 36,8 tys. zł¹⁰⁵.

(dowód: akta kontroli str. 1209-1210, 1250-1257, 1287)

4.3. Koszty realizacji zadań

W 2017 r. Oddział poniósł koszty realizacji zadań w wysokości 4 312 250 tys. zł (99,1% ogółu kosztów), co stanowiło 99,4% kwoty planowanej (po zmianach) i było o 401 109 tys. zł (tj. 10,3%) wyższe od kosztów zadań zrealizowanych w 2016 r. Na koniec 2017 r. Oddział nie wykorzystał limitu wydatków w kosztach świadczeń opieki zdrowotnej w wysokości 23 084,7 tys. zł, z tego m.in. w SZP – 12 829,9 tys. zł, w AOS – 3 983,7 tys. zł.

W pozycji planu finansowego B2.14. refundacja (w tym B2.14.1. refundacja leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę) wykonanie planu finansowego wynosiło 100,06%¹⁰⁶.

Przesunięcia środków w planie finansowym w zakresie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej poprzedzone były analizą realizacji poszczególnych rodzajów zakontraktowanych świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 904, 1272-1283, 1319-1321, 1326-1352, 1358-1363, 1376-1378, 1389-1400, 1401-1404)

Wartość świadczeń ponadumownych wynosiła łącznie 41 466 tys. zł¹⁰⁷, natomiast wartość niewykonanych 4 508,8 tys. zł. Wartość świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowach 2017 r., a nierozliczonych na podstawie uгод i aneksów, wynosiła 14 747 tys. zł¹⁰⁸, natomiast w 2017 r. Oddział zawarł ugody pozasądowe o łącznej wartości 67 625,3 tys. zł¹⁰⁹.

Prezes NFZ w celu ujednolicenia poziomu finansowania świadczeń ponadlimitowych wykonanych w 2017 r. przesłał do Oddziałów wytyczne w powyższym zakresie wraz z maksymalnymi wskaźnikami poziomu finansowania nadwykonanych. Dyrektor Oddziału wydała zarządzenia w sprawie zawierania uгод pozasądowych dotyczące nadwykonanych za 2017 r.

¹⁰⁴ Należności długoterminowe nie wystąpiły, w 2017 r. dwóch świadczeniodawców spłacało należności w ratach na podstawie uгод pozasądowych zawartych w 2016 r.. Wartość nominalna należności wymagalnych wynosiła 317,4 tys. zł. Odpisy aktualizujące wartość należności na koniec 2017 r. wynosiły 4 637,7 tys. zł. Należności wewnętrzne NFZ wynosiły łącznie 531,6 tys. zł, z tego: pozostałe należności z innych jednostek organizacyjnych NFZ 451,9 tys. zł oraz należności od innych jednostek organizacyjnych NFZ za udzielone świadczenia 79,7 tys. zł.

¹⁰⁵ Głównymi przyczynami umorzenia były m.in. interes publiczny, koszty procesowe wyższe od kwoty roszczenia.

¹⁰⁶ Co szczegółowo opisano w dalszej części wystąpienia dotyczącego stwierdzonych nieprawidłowości.

¹⁰⁷ Wartość świadczeń ponadlimitowych wykonanych przez świadczeniodawców za 2017 r. oznaczona przez świadczeniodawców jako ratujące życie wyniosła 1 161,2 tys. zł (według stanu na 12 lutego 2018 r.).

¹⁰⁸ Nie wystąpiły przypadki niesfinansowania świadczeń nielimitowanych.

¹⁰⁹ Ugody sfinansowane ze środków dotacji budżetowej oraz ze środków własnych Oddziału.

Analiza siedmiu ugód pozasądowych o łącznej wartości 20 721,9 tys. zł zawartych z pięcioma świadczeniodawcami wykazała, że ugody te były zgodne: z zakresami wytypowanymi do dalszego sfinansowania w ramach ugód, ustalonym poziomem finansowania (wskaźnikiem ceny), a ich treść zawierała zapisy wskazane w wytycznych Prezesa NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 1205, 1270, 1277, 1407-1458, 1507-1647)

4.4. Zobowiązania Oddziału

Na koniec 2017 r. krótkoterminowe zobowiązania Oddziału wyniosły 435 988,0 tys. zł¹¹⁰ i były wyższe o 17 248,7 tys. zł (o 1,5%) od stanu zobowiązań na koniec 2016 r. Na koniec 2016 i 2017 r. zobowiązania długoterminowe oraz zobowiązania wymagalne nie występowały. Oddział nie był zobligowany do zapłaty kar umownych. Nie było przypadków zajęć komorniczych wierzytelności Oddziału. Zapłacone odsetki od prawomocnych wyroków sądowych w 2017 r. wyniosły 1 202,4 tys. zł i były o 790,5 tys. zł niższe (o 39,7%) w porównaniu do 2016 r.

W okresie objętym kontrolą przeciwko Oddziałowi były prowadzone 144 sprawy w postępowaniach sądowych o łącznej wartości przedmiotu sporu 205 901,6 tys. zł, z tego 95 spraw zostało zakończonych (łączna kwota zasądzona wynikająca z wyroków/ugód wynosiła 54 901,9 tys. zł, tj. 26,7% łącznej wartości spornej), a 49 spraw było w toku¹¹¹. Ponad 76% spraw dotyczyło nadwykonań, pozostałe dotyczyły m.in. zasądzenia wartości przedmiotu sporu, wynikającej z odmowy pokrycia kosztów leczenia pacjentów w ramach tzw. indywidualnego rozliczenia leczenia za zgodą płatnika, dochodzenia roszczeń z tytułu nałożonych kar umownych i egzekwowania wyników pokontrolnych.

(dowód: akta kontroli str. 905, 907-910, 1219, 1264, 1267, 1285)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w powyższym zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

W wykonaniu planu finansowego Oddziału za 2017 r. w pozycji B2.14 refundacja (w tym B2.14.1. refundacja leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę) przekroczono zaplanowane wartości odpowiednio:

- w poz. B2.14 o 279,67 tys. zł (tj. wartość planowana wynosiła 480 492,0 tys. zł, wydatkowano 480 772 tys. zł, tj. o 0,06% więcej);
- w poz. B2.14.1. o 574,91 tys. zł (wartość planowana wynosiła 479 199,0 tys. zł, wydatkowano 479 773,91 tys. zł, tj. o 0,12% więcej).

Powyższe stanowiło naruszenie art. 44 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych¹¹², stosownie do którego wydatki mogą być ponoszone na cele i w wysokościach ustalonych w planie finansowym jednostki sektora finansów publicznych.

(dowód: akta kontroli str. 1363, 1372-1373, 1379-1382, 1401-1404)

Dyrektor Oddziału wyjaśniła m.in., że na powstałe przekroczenie planu kosztów z tytułu refundacji Oddział nie miał wpływu, ani nie mógł go uniknąć, co wynika z następujących czynników:

¹¹⁰ W tym fundusze specjalne (Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych) w wysokości 311,2 tys. zł.

¹¹¹ W tym kwota zasądzona po wyrokach I instancji wynosiła 11 290,5 tys. zł, tj. 5,5% łącznej wartości przedmiotu sporu.

¹¹² Dz. U. z 2017 r., poz. 2077 ze zm.

- niewystarczająca ilość środków w pierwotnym planie finansowym na 2017 r., uniemożliwiająca zaplanowanie znaczącego wzrostu budżetu na refundację apteczną;
- brak możliwości zwiększenia całkowitego budżetu na refundację w grudniu 2017 roku, w pełnej kwocie szacowanego przekroczenia;
- brak ograniczeń wartościowych należnych refundacji w umowach zawartych przez Oddział z aptekami, a tym samym konieczność uregulowania wszystkich przedstawionych przez apteki zestawień do rozliczenia (odmowa zapłaty aptekom skutkowałaby naliczeniem odsetek za opóźnienie w zapłacie i kosztami sądowymi);
- zgodnie z obowiązującymi regulacjami brak upoważnień ograniczających kwoty rozliczeń międzyoddziałowych dotyczących leków za rok bieżący, a tym samym obowiązek rozliczenia not z innych Oddziałów.

(dowód: akta kontroli str. 1459, 1461-1464)

Ocena częściowa

Plan finansowy Oddziału zrealizowany został bez istotnych odchyłeń od założeń. Niemniej jednak w Oddziale doszło do przekroczenia planu finansowego w pozycji refundacja, pomimo że Oddział nie wykorzystał limitu wydatków w kosztach świadczeń opieki zdrowotnej. Oddział podejmował skuteczne działania w celu ustalenia i dochodzenia należności oraz naliczał kary umowne z tytułu nieprawidłowej realizacji świadczeń zdrowotnych, m.in. poprzez potrącanie wierzytelności.

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny 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 Kontroli¹¹³ wnosi o:

1. Realizację wydatków do wysokości ustalonej w planie finansowym.
2. Wprowadzenie mechanizmów kontrolnych zapewniających prawidłowe prowadzenie postępowań konkursowych na wybór świadczeniodawców, tak aby umożliwiły one rzetelną analizę składanych ofert, w tym prawidłowe wyliczanie punktacji oraz szczegółowe porównywanie poszczególnych części ofert, przy uwzględnieniu zasady równego traktowania oferentów.
3. Sporządzanie pisemnych uzasadnień dla propozycji komisji konkursowych.
4. Powoływanie komisji konkursowych zgodnie z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy.
5. Terminowe przekazywanie informacji o postępowaniu konkursowym/rokowaniach do okręgowych izb lekarskich oraz okręgowych izb pielęgniarów.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia zastrzeżeń

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

¹¹³ Dz. U. z 2017 r., poz. 524, ze zm., dalej: „ustawa o NIK”.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykonania wniosków

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

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie 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.

Bydgoszcz, lipca 2018 r.

Najwyższa Izba Kontroli

Delegatura w Bydgoszczy

kontroler:

Dyrektor

Barbara Antkiewicz

Sylwia Woźniak-Waszak
główny specjalista kontroli państwowej

.....
Podpis

.....
Podpis

tekst jednolity wystąpienia pokontrolnego uwzględniający zmiany wprowadzone uchwałą Zespołu Orzekającego Komisji Rozstrzygającej z 17 października 2018 r.