



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Bydgoszczy

LBY – 4112-002-01/2014
S/14/005

(tekst jednolity)

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	S/14/005 – Kontraktowanie i rozliczanie rehabilitacji leczniczej oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej przez Kujawsko-Pomorski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia w Bydgoszczy.
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Bydgoszczy
Kontrolerzy	Lucyna Cierzniaowska-Morzyńska – główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 92993 z dnia 29 grudnia 2014 r., upoważnienie nr 94721 z dnia 24 lipca 2015 r.; Adam Kończak – główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 92992 z dnia 29 grudnia 2014 r.; Jarosław Słaby – doradca prawny, upoważnienie do kontroli nr 94720 z dnia 24 lipca 2015 r.; Andrzej Przybylski – główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 94723 z dnia 24 lipca 2015 r.; Hanna Loch-Klimek – starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 94722 z dnia 24 lipca 2015 r. (dowód: akta kontroli, str. 4-7, 1913-1920)
Jednostka kontrolowana	Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Bydgoszczy, ul. Mickiewicza 15, 85-071 Bydgoszcz ¹ .
Kierownik jednostki kontrolowanej	Elżbieta Kasprovicz – p.o. Dyrektora Oddziału ² . (dowód: akta kontroli, str. 8-9, 2211)

II. Ocena kontrolowanej działalności³

Ocena ogólna

W kontrolowanym okresie⁴ Oddział, w ramach posiadanych środków i właściwości terytorialnej, zapewniał dostępność do świadczeń w rodzajach: nocna i świąteczna opieka zdrowotna oraz rehabilitacja lecznicza. Planowanie świadczeń zdrowotnych w tych zakresach odbywało się zgodnie z priorytetami centralnymi na poszczególne lata, określonymi na podstawie art. 31 a ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁵.

¹ Dalej: „Oddział”.

² Od dnia 4 sierpnia 2014 r., w okresie od 5 grudnia 2011 r. do 1 sierpnia 2014 r. Dyrektorem Oddziału był Tomasz Pieczka.

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.

⁴ Od 2012 r. do zakończenia czynności kontrolnych, z uwzględnieniem okresów wcześniejszych, jeśli zdarzenia mające wówczas miejsce miały wpływ na zjawiska będące przedmiotem kontroli.

⁵ Dz. U. z 2015 r., Nr 581 ze zm., dalej „ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r.”.

Analiza 21 postępowań w rodzaju rehabilitacja lecznicza dla miasta Bydgoszczy⁶, na które wpłynęło 140 ofert wykazała, że:

- 1) część ofert oceniono niezgodnie z zarządzeniem Nr 3/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 stycznia 2014 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁷, tj.:
 - przyznając punkty za spełnienie wymagań jakościowych w zakresie posiadanego przez świadczeniodawców personelu (19 ofert) lub posiadanego sprzętu (15 ofert), mimo niepotwierdzenia spełniania tych warunków przez oferentów. Zawyżenie liczby punktów miało wpływ na zmianę pozycji 11 ww. oferentów w rankingu końcowym, w tym w stosunku do sześciu⁸ – miało wpływ na wynik postępowania,
 - nie przyznając jednej z ofert punktów za spełnienie wymagań jakościowych w zakresie posiadanego przez świadczeniodawcę personelu, mimo potwierdzenia spełniania tego warunku przez oferenta⁹. Prawidłowe naliczenie punktów dawałoby oferentowi piąte, a nie 13 miejsce w rankingu, co prawdopodobnie skutkowałoby uzyskaniem kontraktu z NFZ;
- 2) siedmiu ofert nie odrzucono pomimo niespełnienia warunku czasu pracy poradni¹⁰, co stanowiło naruszenie art. 149 ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. Mimo niespełnienia ww. wymogu Oddział zawarł z czterema takimi oferentami umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na łączną kwotę 47 314,18 zł ;
- 3) Oddział stosował nietransparentne i niejednolite zasady rozdziału środków (jednostek rozliczeniowych), co mogło wpłynąć na naruszenie zasady równego traktowania oferentów;
- 4) komisja konkursowa nierzetelnie przeprowadziła dwie kontrole nowych oferentów, uznając za zgodne ze stanem faktycznym dane zawarte w ofertach, podczas gdy kontrola NIK wykazała, że oferenci w części oferty pt.: „VIII Ankieta” zadeklarowali dane niezgodne ze stanem faktycznym i uzyskali po 17,5 punktów więcej niż należne;
- 5) komisja konkursowa nie przeprowadziła kontroli u 20 nowych oferentów, pomimo obowiązku wskazanego w procedurze konkursu ofert lub rokowań¹¹ (pkt.3.1.4.15);
- 6) zaproszenie do udziału w rokowaniach z dnia 19 sierpnia 2014 r. w postępowaniu nr 675 było niezgodne z § 2 ust. 3 pkt 3 rozporządzenia w sprawie sposobu ogłaszania¹², gdyż nie zawierało informacji o miejscu i terminie przeprowadzenia rokowań;

⁶ Ogółem przeprowadzono 153 postępowania w rodzaju REH, które dotyczyły obszarów w województwie kujawsko-pomorskim, z tego 19 postępowań dotyczyło wyłącznie Bydgoszczy, dwa postępowania dotyczyły Bydgoszczy wraz z całym województwem.

⁷ Dz. Urz. NFZ z 2014 r., poz. 3 ze zm., dalej: „zarządzenie nr 3/2014/DSOZ”

⁸ W trzech postępowaniach nr: 440, 441 i 512 (w wystąpieniu pokontrolnym wprowadzono skróty numerów postępowań np: nr 02-14-000440/REH/05/1/05.1300.207.02/01 jako postępowanie nr 440).

⁹ Oferta nr 5 w postępowaniu nr 440.

¹⁰ Co najmniej dwa dni w tygodniu, w tym co najmniej jeden dzień w godzinach 13:00-18:00.

¹¹ Wprowadzoną przez Prezesa NFZ w 2014 r. pismem sygn. NFZ/CF/DSZO/2014/075/0068/W/01935/KI - obowiązującą w konkursie ofert na 2014 r., dalej: „Procedura konkursu ofert lub rokowań”.

¹² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania

7) członkowie komisji konkursowej w ośmiu postępowaniach konkursowych uzupełniających¹³ nie podpisali części dokumentacji z przeprowadzonego postępowania;

W ocenie NIK Oddział niewłaściwie przygotował się na przeprowadzenie postępowań konkursowych, wyznaczając zbyt krótkie terminy na zweryfikowanie ofert przez komisję konkursową. Zaplanowany w Oddziale termin na przeprowadzenie postępowań konkursowych w rodzaju rehabilitacja lecznicza nie dawał członkom komisji konkursowych możliwości rzetelnej analizy złożonych ofert i przeprowadzenia kontroli u oferentów.

Za nieprawidłowe Izba uznała również:

- wypłacenie w latach 2011-2014 kwoty 3 669 tys. zł na podstawie ugód pozasądowych za wykonanie przez świadczeniodawców tzw. „nadwykonań” w rodzaju rehabilitacja lecznicza, pomimo iż nie zweryfikowano, czy świadczenia te były udzielane pacjentom w warunkach zagrożenia życia lub zdrowia, tj. czy spełniały warunki wynikające z art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej¹⁴ oraz art. 19 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.;
- „anulowanie” wniosków pokontrolnych i nałożonej kary pieniężnej po przeprowadzonej kontroli u jednego świadczeniodawcy, pomimo stwierdzenia nieprawidłowości. Decyzję tę podjęto pomimo braku przesłanek i po terminie wynikającym z zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Kontraktowanie świadczeń z zakresu rehabilitacji oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej

Opis stanu faktycznego

1.1. Planowanie zakupu świadczeń

1. W okresie objętym kontrolą sporządzono plany zakupów świadczeń zdrowotnych na poszczególne lata, tj. w sierpniu 2011 r. na 2012 r., we wrześniu 2012 r. na 2013 r. oraz we wrześniu 2013 r. na 2014 r.

Z planów tych wynikało, iż w okresie 2012-2014 nie objęto priorytetami regionalnymi świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, natomiast w 2014 r. priorytetem regionalnym objęto świadczenia m.in. z zakresu rehabilitacji kardiologicznej i neurologicznej. Jako konieczny wskazano wzrost udzielenia świadczeń w ramach rehabilitacji kardiologicznej i neurologicznej, ze szczególnym uwzględnieniem rehabilitacji po ostrych zespołach wieńcowych. Wskaźnikiem do realizacji było skrócenie czasu oczekiwania na zabiegi w ramach rehabilitacji kardiologicznej i neurologicznej poprzez monitorowanie długości kolejek oraz porównanie wartości zawartych umów na realizację świadczeń w zakresie rehabilitacji kardiologicznej i neurologicznej z wartością umów zawartych w roku poprzednim.

W procesie planowania zakupu świadczeń dokonywano oceny dostępności do świadczeń poprzez analizy: zabezpieczenia ich dostępności poprzez obliczenie wskaźników wartości na 10 tys. mieszkańców, realizacji umów dotychczas zawartych z poszczególnymi świadczeniodawcami (wartościowo-ilościowej), kolejek

i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań (Dz. U. Nr 273, poz. 2719), dalej: „rozporządzenie w sprawie sposobu ogłaszania”.

¹³ Postępowania nr 630, 639, 641, 642, 648, 649, 650, 651.

¹⁴ Dz. U. z 2015 r. poz. 618 ze zm.

oczekujących na świadczenia u poszczególnych świadczeniodawców, realizacji świadczeń w ramach zawartych umów według procedur wykonanych w rehabilitacji stacjonarnej, stopnia realizacji rehabilitacji domowej w ogólnej wartości kontraktów, potencjału wykonawczego realizującego świadczenia, który ma bezpośredni wpływ na jakość udzielonych świadczeń, wyników wystąpień i zaleceń pokontrolnych dla świadczeniodawców, stanu zdrowia mieszkańców województwa. Osoby zarządzające Oddziałem, w celu uzyskania informacji mających wpływ na planowanie poziomu kontraktowania zakresów świadczeń objętych badaniem, odbyły spotkania robocze z przedstawicielami samorządu województwa¹⁵ oraz powiatu, jak również w ramach spotkań „dialogu społecznego” w Kujawsko-Pomorskim Urzędzie Wojewódzkim w Bydgoszczy.

(dowód: akta kontroli, str. 10-78, 79-80, 113, 500-536, 1732-1733, 1887-1897, 2078-2081, 2208)

W wyniku analiz ustalono ceny jednostkowe świadczeń, podział na obszary (grupy gmin, duże ośrodki miejskie). Przyjęto podział na obszary według grupy mieszkańców, uwzględnienia na wyodrębnionym obszarze przynajmniej jednego świadczeniodawcy, który dotychczas realizuje umowy z NFZ w przedmiotowym zakresie, prognozę ilości nowych podmiotów w oparciu o uzyskaną informację od potencjalnych oferentów.

(dowód: akta kontroli, str. 72-112)

2. Procedurę kontraktowania świadczeń Oddział przeprowadził:

a) w rodzaju nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (POZN) – w 2012 r., na lata 2013-2015. Przyjęto podział na cztery obszary w mieście Bydgoszczy¹⁶ wraz z okolicznymi gminami. Podział nastąpił według dzielnic i położenia gmin względem miasta. Populacja w obszarach wyniosła od 95407 do 135318 mieszkańców.

Według wyjaśnień Sylwii Chmary, zastępcy dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych, kryterium podziału na 4 obszary były także: /1/ kryterium dostępności przestrzennej w odniesieniu do typu realizowanych świadczeń, odległość między miejscem zamieszkania pacjenta a miejscem, gdzie świadczenie ma być udzielone z uwzględnieniem możliwości korzystania ze środków transportu; /2/ kryterium dostępności organizacyjnej, czyli możliwości korzystania przez pacjentów ze stosowanych rozwiązań tj. zwiększenie ilości personelu medycznego, transportu medycznego, dostępności do badań diagnostycznych. Poprzez zwiększenie liczby obszarów oczekiwano zwiększenia liczby świadczeniodawców, zmniejszenia obłożenia w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych oraz zmniejszenia wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego, które pełni odrębne funkcje w systemie zdrowia.

b) w rodzaju rehabilitacja lecznicza (REH) – w 2014 r., na okres od 1 lipca 2014 r. do 30 czerwca 2017 r. (wcześniej obowiązywały umowy zawarte na lata 2011-2014 r. (I półrocze), które aneksowano w zakresie terminu ich obowiązywania). Przyjęto podział na dawne miasta wojewódzkie i podział w mieście Bydgoszczy na dwa mniejsze obszary, które charakteryzowały się porównywalną liczbą mieszkańców.

¹⁵ Spotkanie na posiedzeniu Komisji Promocji i Ochrony Zdrowia Sejmiku Województwa Kujawsko-Pomorskiego w dniu 10 kwietnia 2014 r.

¹⁶ Ówczesny Dyrektor Oddziału zaakceptował propozycję przygotowaną przez byłą Naczelnik Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej (pismo z dnia 23 listopada 2012 r.)

Według wyjaśnień Hanny Nowickiej, p.o. Naczelnika Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej, podział miał ułatwić dostępność świadczeń dla mieszkańców m.in. poprzez uwzględnienie możliwości komunikacyjnych świadczeniobiorców. Założeniem podziału dużych miast województwa¹⁷ na dwa mniejsze obszary było usprawnienie przeprowadzonych postępowań konkursowych, ułatwienie rankingowania oferentów, co miało się przełożyć na precyzyjne zakontraktowanie świadczeń na terenie dużych aglomeracji miejskich.

(dowód: akta kontroli, str. 10-78, 500-536, 1732-1733, 1887-1897, 2078-2081)

3. Według planu zakupu świadczeń, Oddział zaplanował łącznie kwoty:

a) w rodzaju POZN: 29 359 tys. zł w 2012 r., 28 471 tys. zł w 2013 r. i 28 620 tys. zł w 2014 r. W latach objętych kontrolą ilość i wartość zakontraktowanych świadczeń wzrosła z 7,6 tys. w 2012 r. do 40,9 tys. w 2014 r., a wartość odpowiednio zmalała z 29 366 tys. zł do 28 660 tys. zł.

b) w rodzaju REH: 83 209 tys. zł w 2012 r., 85 550 tys. zł w 2013 r. i 88 052 tys. zł w 2014 r. W latach objętych kontrolą ilość i wartość zakontraktowanych świadczeń wzrosła z 80 458 tys. świadczeń i 84 658 tys. zł w 2012 r. do 83 638 tys. świadczeń i 87 914 tys. zł w 2014 r.

(dowód: akta kontroli, str. 10-78, 500-536, 1732-1733, 1887-1897)

1.2. Wybór świadczeniodawców w zakresie REH¹⁸

1. W 2014 r. Dyrektor Oddziału powołał komisje konkursowe do przeprowadzenia postępowań w zakresie REH¹⁹. Do zadań związanych z przeprowadzeniem ww. konkursów powołanych zostało łącznie 10 osób, których przygotowanie merytoryczne odpowiadało zakresowi przeprowadzonych postępowań, tj. było zgodne z § 4 ust 4 uchwały²⁰ w sprawie przyjęcia Regulaminu pracy komisji prowadzącej postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Komisje składały się z nieparzystej liczby członków, w tym przewodniczący.

W okresie od 14 kwietnia do 29 sierpnia 2014 r. ww. komisje konkursowe przeprowadziły 153 postępowania²¹, na które złożono 386 ofert, w tym 21 postępowań dotyczyło REH dla miasta Bydgoszczy²², na które wpłynęło 140 ofert. W wyniku ww. postępowań nie zabezpieczono wszystkich obszarów w zakresie REH dla miasta Bydgoszczy, stąd przeprowadzono 10 postępowań uzupełniających²³, na które wpłynęło 21 ofert. Ostatecznie proces kontraktowania zakończył się 29 sierpnia 2014 r.

(dowód: akta kontroli, str. 79-80, 114-185, 187-232, 539-542, 1724-1729, 3238-3234)

2. Dwadzieścia jeden ww. postępowań dotyczących REH dla miasta Bydgoszczy przeprowadzono w następujących zakresach świadczeń: lekarska ambulatoryjna

¹⁷ Podziału takiego dokonano również w Toruniu i we Włocławku.

¹⁸ Wybór świadczeniodawców w zakresie POZ był przedmiotem kontroli NIK (nr P/13/129) w II-III kw. 2013 r. Kontrolą objęto lata 2011-2013.

¹⁹ Zarządzenia Nr 62/2014 z dnia 14 kwietnia 2014 r., Nr 121/2014 z dnia 2 lipca 2014 r., Nr 130/2014 z dnia 8 lipca 2014 r., Nr 165/2014 z dnia 19 sierpnia 2014 r.

²⁰ Nr 36/2005/I Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 października 2005 r.

²¹ Dotyczy całego województwa kujawsko-pomorskiego i oraz postępowań „głównych” i „uzupełniających”.

²² 19 postępowań dotyczyło wyłącznie Bydgoszczy, 2 postępowania dotyczyły Bydgoszczy wraz z całym województwem (rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych i rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy w ośrodku lub oddziale dziennym).

²³ Z tego dziewięć w trybie konkursu ofert i jedno w trybie rokowań.

opieka rehabilitacyjna, fizjoterapia ambulatoryjna, rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym, rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku lub oddziale dziennym, rehabilitacja kardiologiczna w ośrodku lub oddziale dziennym, rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych, rehabilitacja neurologiczna, rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych²⁴.

Szczegółowe badanie wszystkich 21 postępowań dotyczących REH dla miasta Bydgoszczy wykazało, że:

- wszystkie oferty złożono zarówno w formie pisemnej, jak i elektronicznej, tj. zgodnie z postanowieniami zarządzenia Nr 57/2013/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 2 października 2013 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej²⁵,
- komisja konkursowa dokonywała analiz złożonych ofert biorąc pod uwagę kryteria dostępności, ciągłości, zapewnienia kompleksowości udzielanych świadczeń, ceny tych świadczeń oraz jakości,
- wszyscy członkowie komisji złożyli pisemne oświadczenia, że nie zachodzą wobec nich przesłanki wyłączenia określone w § 5 ust. 2 rozporządzenia w sprawie sposobu ogłaszania,
- żadne z kontrolowanych postępowań nie zostało unieważnione,
- kontrolę sprawdzającą przeprowadzono u 26 świadczeniodawców, którzy dotychczas nie mieli zawartej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Oddziałem, w zakresie, na który została złożona oferta, tj. zgodnie z procedurą konkursu ofert lub rokowań z 2014 r. (pkt 3.14.15 - komisja powinna przeprowadzać u tych oferentów kontrolę obligatoryjnie). W wyniku przeprowadzonych kontroli świadczeniodawców stwierdzono, że dane wykazane w ofertach były prawidłowe,
- w trakcie postępowań konkursowych oferenci wnieśli 43 protesty, z czego dwóch nie uwzględniono.

(dowód: akta kontroli, str. 115-138, 139-165, 166-171, 172-180, 181-185, 546-547, 554-574, 576-596, 609-639, 669-686, 688-700, 702-716, 720-737, 739-758, 762-784, 795-807, 809-829, 841-858, 866-884, 890-936, 983-1010, 1032-1053, 1062-1074, 1078-1093, 1095-1112, 1114-1731, 2177-2178, 3192-3194)

3. Komisje konkursowe w części niejawnego konkursu ofert przeprowadziły 104 negocjacje. Na liczbę oferentów zaproszonych do negocjacji w danym postępowaniu wpływ miała pozycja oferenta w rankingu oraz ogólna wartość postępowania. Według przewodniczącej komisji konkursowej, dla przejrzystości i czytelności prowadzonych postępowań do negocjacji zapraszani byli wszyscy oferenci z rankingu, dla których zostały przygotowane propozycje finansowe. Zaproponowane w negocjacjach propozycje finansowe dla oferentów związane były przede wszystkim z wysokością środków finansowych w danym postępowaniu, miejscem oferenta w rankingu, wielkością dotychczasowego kontraktu, posiadanym potencjałem wykonawczym oferenta (personel, sprzęt, ilość godzin pracy, itd.).

W 21 kontrolowanych postępowaniach konkursowych liczba i wartość świadczeń zaproponowana przez oferentów znacznie przewyższała wartość ogłoszoną przez Oddział. Liczba, cena oraz wartość negocjowanych świadczeń były ściśle

²⁴ Oddział nie prowadził postępowań w zakresach: fizjoterapia domowa, rehabilitacja domowa, leczenie dzieci ze śpiączką, rehabilitacja osób z dysfunkcją wzroku.

²⁵ Dz. Urz. NFZ Nr 57 ze zm., dalej: „zarządzenie Nr 57/2013/DSOZ”.

zaplanowane przed ogłoszeniem postępowań konkursowych i komisja nie miała możliwości ich przekroczenia.

Z przeprowadzonych negocjacji sporządzono protokoły z podanym stanowiskiem (zbieżne lub rozbieżne) i propozycjami ilościowo-wartościowymi oferenta i Oddziału. W sytuacji, gdy podczas negocjacji Oddział i oferent nie uzgodnili wspólnego stanowiska, dokumentem potwierdzającym odbycie negocjacji był „protokół z negocjacji z dnia”. W przypadku dojścia do porozumienia tworzono protokół końcowy. Negocjacje przeprowadzali członkowie komisji konkursowej na mocy konkretnego zarządzenia Dyrektora Oddziału powołującego ich do przeprowadzenia postępowania konkursowego.

W trakcie negocjacji w postępowaniu nr 437 (w zakresie: lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna) i nr 441 (w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna) dwóch oferentów zaproponowało za jeden punkt ceny niższe niż złożone w ofercie, co spowodowało zmianę punktacji omawianych oferentów oraz zajęcie wyższych miejsc w rankingu²⁶. Uzyskane, po zmianie ceny za punkt, miejsca oferentów w rankingu umożliwiły przedstawienie oferentom warunków finansowych i wybranie do podpisania umowy w omawianym zakresie świadczeń. Oferenci przesunęli się w jednym przypadku z miejsca 10 na 7, a w drugim z 9 na 6. Dzięki zmianie ceny obaj oferenci znaleźli się w grupie świadczeniodawców, którzy zostali wybrani do podpisania umowy z Oddziałem w zakresie REH.

Po zakończonym postępowaniu 22 świadczeniodawców złożyło odwołania od decyzji komisji konkursowej. W jednym przypadku odwołanie odrzucono z powodu złożenia go po obowiązującym terminie, pozostałe oddalono uznając je za bezzasadne.

W wyniku zakończonych postępowań zawarto umowy i aneksy o świadczenie opieki zdrowotnej z zakresu REH (łącznie 96).

(dowód: akta kontroli, str. 544, 548-553, 575, 597-608, 640-668, 687, 701, 717-719, 738, 759-761, 785-794, 808, 830-840, 859-865, 885-889, 937-982, 1011-1031, 1054-1061, 1075-1077, 1094, 1113, 1717-1731, 2209-2210)

4. Oddział nie występował do prokuratury ani do Policji w sprawach dotyczących popełnienia przestępstwa lub wykroczenia w związku z kontraktowaniem świadczeń z zakresu REH lub POZN (tzw. „kłamstwa ofertowe”).

(dowód: akta kontroli, str. 186)

*Ustalone
nieprawidłowości*

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. W postępowaniach dotyczących REH dla miasta Bydgoszczy komisja konkursowa oceniła część ofert niezgodnie z zarządzeniem nr 3/2014/DSOZ. I tak:

a) w siedmiu z 21 badanych postępowań²⁷ komisja przyznała 19 spośród 140 ofert zawyżoną od siedmiu do 35 liczbę punktów oraz w jednym przypadku zaniżoną liczbę punktów za kryterium niecenowe „jakość” w kategorii dotyczącej „personelu”. Oferenci w części ankietowej formularza ofertowego stwierdzili spełnienie warunku dotyczącego „innego personelu”, a w części formularza

²⁶ W przypadku postępowania nr 441 jeden z oferentów zajmował ex aequo szóste miejsce, po propozycji niższej ceny zajmował samodzielnie szóste miejsce i dzięki temu podpisał umowę z Oddziałem.

²⁷ Dotyczy : postępowania nr 529 - oferent nr 1, postępowania nr 516 – oferent nr 1 i 4, postępowania nr 639 – oferent nr 1, postępowania nr 441 - oferent nr 1, 2, 5, 6, postępowania nr 440 – oferent nr 4, 9, 16 i 18, postępowania nr 549 – oferent nr 1, 2 i 3, postępowania nr 512 – oferent nr 1, 3, 6.

dotyczącego „wykazu posiadanych zasobów osobowych/personelu” – nie potwierdzili spełniania tego warunku w zakresie posiadania:

- specjalisty fizjoterapii – w ośmiu z 47 ofert z zakresu fizjoterapii ambulatoryjnej oraz w jedynej ofercie z zakresu rehabilitacja pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych,
- psychologa posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej – w dwóch z czterech ofert z zakresu rehabilitacji kardiologicznej w ośrodku/oddziale dziennym oraz w dwóch z sześciu ofert z zakresu rehabilitacji neurologicznej,
- logopedy posiadającego specjalizację w dziedzinie neurologopedii lub ukończone studia podyplomowe w zakresie neurologopedii – w trzech z sześciu ofert z zakresu rehabilitacji neurologicznej,
- terapeuty zajęciowego – w jednej z siedmiu ofert z zakresu rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym,
- lekarza specjalisty w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, lub specjalisty neurologa (zapewnienie konsultacji) – w dwóch z siedmiu ofert z zakresu rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym;

b) w jednej z 47 ofert²⁸ w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej w części oferty dotyczącej „wykazu posiadanych zasobów osobowych/personelu” oferent potwierdził spełnianie warunku w zakresie udzielania świadczeń przez specjalistę w dziedzinie fizjoterapii, natomiast w części ankietowej formularza ofertowego podał niespełnianie tego warunku. W wyniku powyższego ofertę zaniżono o 35 punktów i nie podpisano umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza. Prawidłowe naliczenie punktów oferentowi dawałoby mu piąte, a nie 13 miejsce w rankingu, co skutkowałoby (prawdopodobnie) uzyskaniem kontraktu z NFZ;

c) w trzech z siedmiu badanych postępowań²⁹ komisja przyznała 15 z 61 ofert zawyżoną od pięciu do 15 liczbę punktów za kryterium niecenowe „jakość” w kategorii dotyczącej „sprzęt i aparatura medyczna”. Oferenci w części ankietowej formularza ofertowego stwierdzili spełnienie warunku dotyczącego „sprzętu i aparatury medycznej”, a w części formularza dotyczącego „wykazu posiadanych zasobów/sprzętu” – nie potwierdzili spełniania tego warunku w zakresie posiadania:

- urządzenia wytwarzającego impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości – w sześciu z 47 ofert z zakresu fizjoterapii ambulatoryjnej oraz w jednej z siedmiu ofert z zakresu rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym,
- wanny do masażu wirowego kończyn górnych i kończyn dolnych – w dwóch z 47 ofert z zakresu fizjoterapii ambulatoryjnej, w jednej z siedmiu ofert z zakresu rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym, w jednej z siedmiu ofert z zakresu rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym,

²⁸ Oferta nr 5 na kwotę 510,0 tys. zł w postępowaniu nr 440.

²⁹ Dotyczy postępowań: z zakresu 2 - fizjoterapia ambulatoryjna - postępowania nr 440, 441, 638, 639, 675, z zakresu 4, 2 -rehabilitacja ogólnoustrojowa -postępowanie nr 512, z zakresu 4,3 - rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku / oddziale dziennym – postępowanie 509, z tego w: postępowaniu nr 639 – oferent nr 1 i 3, postępowaniu nr 441 - oferent nr 1, 2, 3, 6, 7, 12, postępowaniu nr 440 – oferent nr 2, 6, postępowaniu nr 509 – oferent nr 1, postępowaniu nr 512 – oferent nr 1.

- zestawu do kriostymulacji parami azotu – w dwóch z 47 ofert z zakresu fizjoterapii ambulatoryjnej, w jednej z siedmiu ofert z zakresu rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym,
- zestawu do biostymulacji laserowej – w jednej z siedmiu ofert z zakresu rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym.

(dowód: akta kontroli, str. 2423-2431, 2445-2453, 2469-2501, 2518-2525, 2922-3043)

Zawyżenie liczby punktów w ramach kryterium „jakości” miało wpływ na zmianę pozycji 11 ww. oferentów w rankingu końcowym, w tym w trzech postępowaniach (nr 440, 441, 512) w stosunku do sześciu oferentów – miało wpływ na wynik postępowania.

Oddział zawarł umowy na łączną kwotę 726,5 tys. zł z sześcioma oferentami³⁰, z którym w wyniku przeliczenia punktacji za kryterium „jakości” przyznano odpowiednio od pięciu do 40 punktów więcej niż powinni otrzymać w wyniku prawidłowej oceny ofert (tj. w sytuacji uznania przez Oddział, że oferent nie spełnia warunku „dodatkowo ocenianego” – posiadania osoby z odpowiednią specjalizacją lub dodatkowo ocenianego sprzętu). W wyniku zawyżenia punktacji ofert ww. sześciu świadczeniodawców, którzy zajęli niskie miejsca w rankingu, Oddział prawdopodobnie nie podpisałby z nimi umowy przy zachowaniu dotychczasowej wartości granicznej (tj. oferenci znajdowali by się poza „linią odcięcia”).

Według art. 148 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obejmuje w szczególności, m.in.: ciągłość, kompleksowość, dostępność, jakość udzielanych świadczeń, kwalifikacje personelu, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną.

Zgodnie z procedurą konkursu ofert lub rokowań ranking otwarcia, zawierający punktację za kryteria niecenowe, sporządza komisja konkursowa przy pomocy systemu informatycznego.

Przewodnicząca oraz Wiceprzewodnicząca komisji wyjaśniły, że kryteria oceny ofert i skala punktacji są wbudowane w system informatyczny oceny ofert, który na podstawie odpowiedzi w ankietach ofertowych przez oferentów automatycznie generuje ranking ofert. System komputerowy nalicza punktację dla każdej z ofert wyłącznie za udzielone odpowiedzi ankietowe, jednak nie porównuje danych pomiędzy poszczególnymi częściami oferty, takimi jak wykaz sprzętu, personelu i harmonogramu pracy. Komisja konkursowa w trakcie prowadzonych postępowań konkursowych skupiła się w pierwszej kolejności na sprawdzeniu spełniania przez oferentów warunków określonych w załączniku nr 3 do zarządzenia nr 80/2013/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 16 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza³¹.

(dowód: akta kontroli, str. 2233-2236, 2256-2264, 2276-2279, 2856-2857, 2868)

W ocenie NIK, podstawową przyczyną ww. nieprawidłowości było nieprzeprowadzenie przez Komisję konkursową szczegółowego porównania pomiędzy informacjami dotyczącymi potencjału zawartymi w części „VIII Ankiety”

³⁰ Postępowanie nr 440: oferent nr 9 - umowa na kwotę 93,5 tys. zł oraz oferent nr 6 - umowa na kwotę 157,6 tys. zł, postępowanie nr 441: oferent nr 6 - umowa na kwotę 285,0 tys. zł oraz oferent nr 5 - umowa na kwotę 53,4 tys. zł, postępowanie nr 512: oferent nr 1 - umowa na kwotę 37,0 tys. zł oraz oferent nr 3 - umowa na kwotę 100,0 tys. zł.

³¹Dz. Urz. NFZ z 2013 r. poz. 80., dalej: „zarządzenie nr 80/DSOZ/2013”.

oraz pozostałymi częściami oferty, a więc: „VI Szczegóły oferty”, „V Wykaz zasobów”, „IV Wykaz personelu”. Oferenci uzyskiwali zawyżoną liczbę punktów, ponieważ w części VIII oferty zaznaczyli odpowiedź „TAK” wskazującą, że posiadają sprzęt nie wymieniony w zasobach (brak nazwy sprzętu, rodzaju dostępności, rok produkcji, nr seryjny - w części V i VI oferty) lub zatrudniają oceniany personel niewymieniony z imienia, nazwiska, peselu, wykształcenia, liczby godzin pracy w części IV i VI.

2. Komisje konkursowe nie przeprowadziły kontroli u nowych oferentów, pomimo obowiązku wskazanego w procedurze konkursu ofert lub rokowań (pkt.3.1.4.15). Dotyczyło to 10 postępowań uzupełniających³², a w nich – 20 wybranych ofert. Zgodnie z procedurą konkursu ofert lub rokowań komisja przeprowadza kontrolę oferenta w celu porównania informacji zawartych w ofercie ze stanem faktycznym. Komisja przeprowadza kontrolę obligatoryjnie u oferentów, którzy dotychczas nie mieli zawartej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem w zakresie, na który została złożona oferta.

(dowód: akta kontroli, str. 2417-2444, 2454-2461, 2502-2508, 2921)

Elżbieta Kasprówicz p.o. Dyrektora Oddziału oraz Przewodnicząca komisji wyjaśniły, że w postępowaniach uzupełniających ogłoszonych po głównym konkursie „oferty złożyli wyłącznie oferenci, którzy do dnia 30 czerwca 2014 r. mieli podpisaną umowę z NFZ w tych samych zakresach świadczeń, których dotyczyły ogłoszone postępowania. Mimo, iż oferenci oznaczyli w ofertach brak ciągłości umowy, to byli to świadczeniodawcy, którzy od wielu lat udzielali świadczeń w tych samych zakresach na podstawie zawartych umów”.

(dowód: akta kontroli, str. 2231-2236)

W ocenie NIK, skoro przerwa w świadczeniu usług przez ww. oferentów w ramach zakresu, którego dotyczyły postępowania uzupełniające, wynosiła od 31 do 62 dni, a oferenci sami wskazywali w ofertach na brak ciągłości umowy, to takich oferentów Oddział zobowiązany był skontrolować na podstawie pkt.3.1.4.15 procedury konkursu ofert lub rokowań.

3. W dwóch z sześciu badanych postępowaniach³³, w siedmiu z 59 złożonych ofert³⁴ w zakresie lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna wykazano niespełnianie warunku wymaganego czasu pracy poradni, tj. co najmniej dwa dni w tygodniu, w tym co najmniej jeden dzień w godzinach 13.00-18.00, określonego w pkt. 1a załącznika nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej³⁵ oraz w pkt. 1.3.1. załącznika nr 3 do zarządzenia nr 80/2013/DSOZ. W żadnej z tych siedmiu ofert nie wykazano zapewnienia ciągłej dostępności do świadczeń w ww. godzinach. Mimo niespełnienia tego wymogu Oddział zawarł czterema takimi oferentami umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na łączną kwotę 47 314,18 zł a do umów załączono Harmonogramy pracy poradni, w których nie wskazano spełniania wymaganego warunku dostępności poradni od początku obowiązywania umowy. Podczas trwania dwóch z czterech umów, tj. 1 sierpnia i 9 października 2014 r., czas pracy poradni został dostosowany do obowiązujących przepisów.

³² Postępowania nr 630, 638, 639, 641, 642, 648, 649, 650, 651, 675.

³³ Dotyczy postępowania z zakresu 1 – Lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna – postępowania nr 437, 630, 648, 649, 650, 651.

³⁴ Oferty nie spełniające warunku wymaganego dotyczącego czasu pracy poradni: postępowanie nr 437 – oferty nr 9, 21, 40, 12, 24, 38, postępowanie nr 649 – oferta nr 2.

³⁵ Dz. U. z 2013 r. poz. 1522

(dowód: akta kontroli str. 1467-1478, 2438-2441, 2536-2538, 2889-2920)

Zgodnie z art. 149 ust. 1 pkt. 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r., niespełnienie przez ofertę warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Prezesa Funduszu stanowi podstawę do odrzucenia oferty. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej jest nieważna, jeżeli zawarto ją z oferentem, którego oferta podlegała odrzuceniu z przyczyn wskazanych w ustawie (art.155 ust. 2 ww. ustawy), natomiast § 5 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej³⁶ stanowi, że świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w ustawie, ogólnych warunkach, odrębnych przepisach oraz zgodnie z warunkami wymaganymi od świadczeniodawców określonych przez Prezesa Funduszu.

Przewodnicząca komisji wyjaśniła m.in., iż: w sprawie ofert nr 9 i 21 w postępowaniu nr 437 – uznała za spełniony limit wymaganego czasu pracy przez lekarza specjalistę (tj. ¼ etatu), a przesunięcie czasu pracy o 30 minut³⁷ i o 1 godz.³⁸ nie zmniejszyło ilości godzin, stąd zaakceptowano oferty. W sprawie oferty nr 40 w postępowaniu nr 437 – komisja omyłkowo przeoczyła brakujące 30 minut pracy lekarza, natomiast w przypadku oferty nr 12 komisja uznała przesunięcie czasu pracy lekarza o 15 minut za nieistotne; w sprawie ofert nr 24 i 38 w postępowaniu nr 437 oferenci wnieśli protesty, w których nie uzupełnili braków w dostępności lekarza, a jedynie potwierdzali dane zawarte w części „VII Ankiety”, w których deklarowali dostępność lekarza (bez wskazania nazwiska lub nowego harmonogramu pracy lekarza); w sprawie oferty nr 2 w postępowaniu nr 649 (brak pracy lekarza w godz. od 13.00 do 16:00) „*postępowania dodatkowe odbywające się po głównym konkursie ofert obarczone były ogromnym zainteresowaniem mediów i prasą społeczno – polityczną, komisja konkursowa zgodziła się przyjęc oświadczenie oferenta dotyczące bezzwłocznej zmiany godzin pracy lekarza*”. Odnośnie postępowania nr 649 podobne wyjaśnienia złożyła Sylwia Chmara - Zastępca Dyrektora Oddziału.

(dowód: akta kontroli str. 2228-2230, 2237-2239, 2877-2888)

W ocenie NIK czas pracy poradni rehabilitacji w zakresie lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna oznacza, iż co najmniej jeden dzień w tygodniu lekarz poradni rehabilitacji musi pracować od godz. 13:00 do 18:00, a wszelkie przesunięcia lub luki czasu pracy stanowią o niespełnieniu warunku wymaganego ww. przepisami.

4. Oddział stosował nietransparentne i niejednolite zasady rozdziału środków (jednostek rozliczeniowych), co mogło wpłynąć na naruszenie zasady równego traktowania oferentów. I tak:

- a) w przypadku sześciu postępowań przy rozdysponowaniu środków nie było korelacji pomiędzy rankingiem a przydzieloną ilością świadczeń. Zakres wpływu takich czynników jak: wielkość dotychczasowego kontraktu, poziom jego wykonania, aktualny posiadany potencjał (podlegający weryfikacji), strategiczna rola w regionie – był niejednoznaczny, tj.:
- w postępowaniu nr 437 oferent nr 40_1 zajmujący czwarte miejsce w rankingu otrzymał jedynie 5 836 jednostek rozliczeniowych (9,7% zaspokojenia przy potencjale 60 000 i korzystnej cenie 0,95 zł), a oferent

³⁶ Dz. U. Nr 81, poz. 484, dalej: „rozporządzenie z dnia 6 maja 2008 r

³⁷ Oferta nr 9 – przesunięcie czasu pracy lekarza z godz.13:00 na 13:30 i z 18:00 na 18:30,

³⁸ Oferta nr 21 – przesunięcie czasu pracy lekarza z godz. 13:00 na 14:00 i z 18:00 na 20:00,

nr 14 zajmujący siódmą pozycję otrzymał 26 956 jednostek rozliczeniowych (90% procent zaspokojenia przy potencjale 29 952 jednostek rozliczeniowych i mniej korzystnej dla NFZ cenie 1,00 zł); oferent nr 32 zajmujący czwarte miejsce w rankingu otrzymał 7 777 jednostek rozliczeniowych (13% zaspokojenia przy potencjale 60 000 i cenie 0,90 zł), a oferent nr 1 zajmujący siódmą pozycję otrzymał 25 110 jednostek rozliczeniowych (83,7% zaspokojenia przy potencjale 30 000 jednostek rozliczeniowych i mniej korzystnej cenie 1,00 zł).

Przewodnicząca Komisji w uzasadnieniu takiego stanowiska powołała się m.in. na fakt uczestnictwa tego samego oferenta w dwóch innych miejscach udzielania świadczeń oraz niewykonanie wszystkich świadczeń za pierwsze półrocze, jednocześnie wyjaśniając, iż nowym świadczeniodawcom w zakresie lekarskiej opieki ambulatoryjnej na terenie Bydgoszczy, zaproponowano wartość świadczeń na około 6 999 zł (około 45 porad lekarskich/miesiąc);

- w postępowaniu nr 440 oferentom nr 3, 13, 17, pomimo identycznej liczby punktów oraz tego samego miejsca w rankingu, przydzielono różną liczbę świadczeń. Zaspokojenie ofert było odpowiednio na poziomie 75,4%, 13,2% i 23,1%. Liczba przydzielonych świadczeń (w jednostkach rozliczeniowych) wyniosła kolejno: 497 361, 44 444 i 44 444. Ponadto oferent nr 3, uzyskując najwyższy procent zaspokojenia oferty oraz najwyższą liczbę świadczeń, oferował najwyższą cenę jednostkową.

Przewodnicząca Komisji wskazała na dotychczasową współpracę w odniesieniu do oferenta nr 3 przy „korzystnym” dla niego rozdysponowaniu jednostek rozliczeniowych;

- w postępowaniu nr 441 oferent nr 11 pomimo wysokiego rankingu (miejsce pierwsze) ze względu na brak ciągłości otrzymał najniższy procent zaspokojenia 24,7% (44 444 jednostek rozliczeniowych). Zarówno z wyjaśnień, jak i dokumentacji nie wynikało uzasadnienie powodów przydzielenia nowym oferentom liczby świadczeń 44 444 (powyższe dotyczy także postępowania nr 440);
- w postępowaniu nr 509 oferent znajdujący się na piątej pozycji w rankingu otrzymał większą ilość jednostek rozliczeniowych od oferenta znajdującego się na drugim miejscu, pomimo znacznie niższego deklarowanego potencjału. Obaj oferenci deklarowali ciągłość świadczeń. Nie podano dokładnego uzasadnienia takiego rozdziału świadczeń;
- w postępowaniu nr 549 oferent nr 2 zajmujący drugie miejsce otrzymał tylko 61,7% jednostek rozliczeniowych (w odniesieniu do deklarowanego potencjału) oraz o 189 540 jednostek rozliczeniowych mniej od wykonania za pierwsze półrocze. W dokumentacji Oddziału nie było danych, wg jakiego algorytmu wyliczono kwoty świadczeń dla wszystkich czterech oferentów biorących udział w negocjacjach. Z analizy wyjaśnień i przedłożonych dokumentów można wnioskować, że decyzje podejmowano uznaniowo bez „szczegółowych” wyliczeń;
- w postępowaniu nr 512 oferent zajmujący trzecie miejsce w rankingu otrzymał porównywalną liczbę jednostek rozliczeniowych z oferentem zajmującym czwarte miejsce, pomimo wyższego rankingu, niższej ceny i wyższego potencjału. Dla oferentów zajmujących kolejno pierwsze, trzecie i czwarte

miejsce dokonywano wysokich redukcji nie znajdujących uzasadnienia w ich potencjale i - w przypadku ciągłości - poziomie wykonania z poprzednich lat.

Przewodnicząca Komisji wyjaśniła, że wyznaczone (krótkie) terminy na poszczególne etapy postępowania konkursowego, a także postawa samych oferentów nie pozwalały na odtworzenie rzeczywistego przebiegu negocjacji, dokumentowane były jedynie ich wyniki w protokołach negocjacji, w których zamieszczano uwagi oferenta.

(dowód: akta kontroli, str. 2265-2270, 2280-2284, 2486, 2501, 2532-2533)

- b) w pięciu postępowaniach (o numerach 440, 437, 509, 512, 521) dokonywano nieuzasadnionej redukcji jednostek rozliczeniowych pomimo tego, że potencjał oferentów zezwalał na „zagospodarowanie” całej kwoty będącej przedmiotem ww. postępowań, np.:
- dla postępowania nr 437 średni stopień zaspokojenia oferentów biorących udział w negocjacji wyniósł zaledwie 51,7%. Liczba nierozdysponowanych jednostek wyniosła 50 100, a kwota nierozdysponowanych środków 57,2 tys. zł, co stanowiło 7,3% kwoty objętej postępowaniem;
 - dla postępowania nr 509 średni stopień zaspokojenia oferentów wyniósł 40,7%. Liczba nierozdysponowanych jednostek wyniosła 59 122, a kwota nierozdysponowanych środków 167,9 tys. zł;
 - dla postępowania nr 512 średni stopień zaspokojenia oferentów wyniósł 29%. Liczba nierozdysponowanych jednostek wyniosła 96 104, a kwota nierozdysponowanych środków 100,0 tys. zł.
- c) w sześciu postępowaniach (o numerach 441, 516, 553, 639, 638, 648) stosowano zasadę, że w przypadku, kiedy udaje się rozdysponować całą liczbę świadczeń (wyrażonych w jednostkach rozliczeniowych) w niższych cenach od proponowanych, do rozdysponowanych zgodnie z pierwotnym planem dodaje się i rozdziela kwotę zaoszczędzonych środków, często bez wnikliwej analizy istniejących potrzeb i możliwości oferentów. Przykładem powyższego jest rozdysponowywanie wolnych środków w postępowaniach nr 553 i 556, gdzie świadczeniodawcy nie wykorzystali wcześniej przyznanych im kwot na drugie półrocze 2014 r., np. w postępowaniu nr 553 zaplanowano do rozdysponowania 516 965 jednostek rozliczeniowych w planowanej kwocie ogółem 568,6 tys. zł. Oferentowi dzięki obniżeniu przez niego ceny jednostkowej z oferowanej 1,1 zł do 1,08 zł, zaproponowano zwiększenie puli świadczeń do 526 538 w kwocie ogółem 568,6 tys. zł. Wykonanie za II półrocze 2014 r. wyniosło zaledwie 103 780 jednostek rozliczeniowych w cenie 1,08 za jednostkę, czyli tylko 19,7% planowanej liczby świadczeń; w postępowaniu nr 516 zaplanowano do rozdysponowania 367 986 jednostek rozliczeniowych w planowanej kwocie ogółem 367,9 tys. zł. Trzem oferentom w wyniku obniżenia średniej ceny jednostkowej z 1,00 zł do 0,96 zł zaferowano zwiększoną do 384 492 liczbę jednostek rozliczeniowych w kwocie ogółem 367,9 tys. zł. Faktyczna liczba wykonanych świadczeń za II półrocze wyniosła 144 970, czyli 39,4% pierwotnie ujętych w umowach.

Przewodnicząca komisji wyjaśniła, iż przyczyną nierozdysponowania środków było odnośnie postępowań nr 437 i nr 512 brak zbieżnego stanowiska z jednym z oferentów, odnośnie postępowania nr 509 - rezygnacja oferenta.

P.o. Dyrektor Oddziału oraz Zastępca Przewodniczącej Komisji odnośnie ww. sześciu postępowań podały, iż w sytuacji zadeklarowania przez oferenta świadczeń

za cenę jednostkową niższą od oczekiwanej zdecydowano o zakontraktowaniu większej ilości świadczeń.

(dowód: akta kontroli, str. 2271-2275, 2287-2291, 2526-2531, 2840-2845, 2852-2855, 3044-3052, 3178-3187)

W ocenie NIK wszystkie wyżej opisane przypadki wskazują, że przy rozdysponowaniu świadczeń brak było jednoznacznego powiązania pomiędzy ilością rozdysponowanych świadczeń a rankingiem, potencjałem, faktycznym wykonaniem świadczeń, strategiczną rolą oferenta w regionie. Jedną z przyczyn uniemożliwiających analizę tych powiązań było nieprzestrzeganie obowiązującej procedury konkursu ofert, gdzie w punkcie 3.2.1.2 pn. „Analiza oferowanej liczby i ceny świadczeń w kontekście potencjału oferenta i wymagań jakościowych” w ostatnim akapicie zapisano: *„Wszystkie propozycje komisji odbiegające od propozycji ofertowej lub propozycja odrzucenia oferty z powodu rażąco niskiej ceny w stosunku do przedmiotu zamówienia wymagają pisemnego uzasadnienia w dokumentacji postępowania. Propozycja komisji dotycząca liczby i ceny świadczeń musi być określona i nie może być równa zero”*.

Powyższe odnosi się również do postępowań, w których dokonywano nieuzasadnionej redukcji jednostek rozliczeniowych lub jej rozdysponowania bez wnikliwej analizy, odstępując niekiedy od negocjacji z pozostałymi oferentami. W powyższych przypadkach działań tych dokonywano uznaniowo i „ad hoc” bez transparentnych, precyzyjnych kryteriów, co – w ocenie NIK – może świadczyć o nierównym traktowaniu oferentów.

5. Komisja konkursowa nierzetelnie przeprowadziła dwie kontrole nowych oferentów, w ramach konkursu ofert w zakresie REH dla miasta Bydgoszczy. W protokołach zawierano stwierdzenie: *„dane zawarte w ofercie są zgodne ze stanem faktycznym. Oferent spełnia warunki Zarządzenia Nr 80/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza”*. Tymczasem stwierdzono, że zakresem kontroli przeprowadzonych w dniu 14 maja i 3 czerwca 2014 r. u oferentów nr 1 i 4 w postępowaniu nr 516 nie objęto wyjaśnienia różnic oraz ustalenia stanu faktycznego dotyczącego udzielania/nieudzielania świadczeń przez psychologa posiadającego tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej, pomimo iż w: części oferty pt.: „IV Wykaz personelu” oraz części „VI Szczegóły oferty” zapisano, że psycholog nie posiada specjalizacji. W części oferty pt.: „VIII Ankieta” oferent zapisał, że w realizacji świadczeń uczestniczy psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej. Kontrola NIK wykazała, że oferenci w części oferty pt.: „VIII Ankieta” zadeklarowali dane niezgodne ze stanem faktycznym i uzyskali po 17,5 punktów więcej niż należne, a kontrola nie zweryfikowała posiadanego i zadeklarowanego w ankiecie personelu oferenta.

Członkowie komisji konkursowej – kontrolerzy przeprowadzający kontrolę u oferentów wyjaśnili, że „krótki czas na zakontraktowanie świadczeń i związane z tym niebezpieczeństwo niedotrzymania terminów przy zawarciu umów oraz duża liczba złożonych ofert, utrudniały pełną weryfikację danych przekazanych przez oferentów w stosunku do stanu faktycznego (...) członkowie komisji konkursowej w trakcie prowadzonych kontroli u oferentów skupili się w pierwszej kolejności na sprawdzeniu spełnienia przez oferentów warunków wymaganych”.

(dowód: akta kontroli, str. 2242-2255, 2300-2307, 2518-2525, 2580-2614)

6. Członkowie komisji konkursowej z ośmiu postępowań konkursowych uzupełniających³⁹, nie podpisali części dokumentacji, takiej jak: protokoły z posiedzenia komisji – podsumowanie postępowania, protokoły z posiedzenia z komisji niejawnej, druki rankingu końcowego, protokoły z posiedzenia komisji części jawnej, druki stwierdzenia prawidłowości ogłoszenia postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert.

Odpowiedzialna za prace komisji przewodnicząca komisji wyjaśniła, że skład zespołu negocjacyjnego i ilość złożonych podpisów z uwagi na ich „uzupełniający” charakter uzależniony był m.in. od innych zadań wynikających z postępowań konkursowych oraz bieżącej pracy w rodzaju REH (weryfikacja bieżących raportów statystycznych, faktur za świadczenia, odpowiedzi na pisma). Przewodnicząca wskazała, iż w dniu 24 lipca 2014 r. poza pełnieniem funkcji w komisji zajmowała się realizacją zadań związanych z pracą specjalisty w Wydziale Świadczeń Opieki Zdrowotnej - Rehabilitacji Leczniczej, co mogło spowodować fakt, iż nie podpisała pewnych dokumentów. Podobnie wyjaśnili członkowie komisji, wskazując jako przyczynę realizację bieżących obowiązków w Oddziale lub przeoczenie.

Zdaniem NIK podpisy członków Komisji konkursowej na dokumentach z postępowań konkursowych są konieczne, gdyż potwierdzają prawidłowość ich sporządzenia zgodnie z podjętymi przez Komisję postanowieniami, a także świadczą o tym, że członkowie komisji podejmowali decyzje w składzie zgodnym z § 7 ust. 3 uchwały nr 36/2005/I⁴⁰, tj. w obecności co najmniej 2/3 jej składu.

(dowód: akta kontroli, str. 545, 720-761, 1078-1113, 2072-2077, 3195-3229)

7. Do czterech umów⁴¹ w postępowaniach nr 437, 440, 441, 509, 512, 515, 521, 529, 549 załączono i przedłożono do podpisania świadczeniodawcom nieaktualne załączniki nr 2 pn. „Harmonogram – zasoby (potencjał pierwotny umowy)”, w których wskazano okres obowiązywania harmonogramu od 1 stycznia 2014 do 30 czerwca 2014 r., pomimo że ww. umowy zawarte zostały na okres od 1 lipca 2014 r. do 30 czerwca 2017 r. W jednym przypadku⁴² nie załączono oraz obustronnie nie podpisano (przez Oddział i oferenta) ww. harmonogramu, który miał określać m.in. dostępność miejsca udzielania świadczeń, personel – jego zawód, specjalność, doświadczenie oraz dostępność, sprzęt. Zamiast tego obustronnie podpisano protokół z renegeacji umowy.

Zgodnie z § 9 ust 1 załącznika do rozporządzenia z dnia 6 maja 2008 r. świadczeniodawca udziela świadczeń przez cały okres obowiązywania umowy, zgodnie z określonym w umowie harmonogramem pracy oraz planem rzeczowo-finansowym, stanowiącymi załączniki do umowy. Ponadto, zgodnie z § 2 pkt 1,2 i 3 ww. umów, w załączniku nr 2 wymienione są osoby, które udzielają świadczeń w poszczególnych zakresach, harmonogram ich pracy oraz potencjał wykonawczy będący w dyspozycji świadczeniodawcy przeznaczonym do realizacji umowy.

Kierownik Sekcji Obsługi Umów wyjaśnił, że *„błąd ten wynika z faktu współistnienia w systemie informatycznym OW NFZ obu umów w danym roku rozliczeniowym oraz konieczności pospiesznego wydruku umów (...) Pracownik Sekcji dokonujący*

³⁹ Postępowania nr 630, 639, 641, 642, 648, 649, 650, 651.

⁴⁰ Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 października 2005 r. w sprawie przyjęcia Regulaminu pracy komisji prowadzącej postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

⁴¹ Nr 02-00-00671-14-22/14-17/B0001/REH z dnia 8 lipca 2014 r., nr 02-00-03633-14-42/14-17/B0002/REH z dnia 14 lipca 2014 r., nr 02-00-00769-14-14/14-17/B0004/REH z dnia 4 lipca 2014 r., nr 02-00-00765-14-19/14-17/B0006/REH z dnia 3 lipca 2014 r.

⁴² Aneks nr 1 z dnia 6 sierpnia 2014 r. do umowy nr 02-00-01364-14-25/14-17/B0328/REH z dnia 4 lipca 2014 r. wprowadzający zakres nr 2 – Fizjoterapia ambulatoryjna (postępowanie nr 638).

masowo wydruku harmonogramów w rodzaju REH nie zauważył, że wybrał do wydruku niewłaściwe umowy – obowiązujące w pierwszej połowie 2014 r. Zostało to również przeoczone w trakcie łączenia różnych elementów umowy w jeden dokument oraz w trakcie podpisywania ww. umów (również przez świadczeniodawcę)”. odnośnie braku harmonogramu oraz załączenia protokołu z renegotjacji umowy wyjaśnił, że „pracownik wprowadzający aneks zasugerował się faktem, iż umowa na ten rodzaj świadczeń już istnieje i zinterpretował ten aneks jako aneks zwiększający jego wartość. W związku z powyższym nie dołączył załącznika nr 2 – Harmonogram – zasoby, a w zamian za to dołączył pomyłkowo protokół z renegotjacji”.

(dowód: akta kontroli, str. 1118-1167, 1190-1239, 2319-2390)

8. Zaproszenie do udziału w rokowaniach z dnia 19 sierpnia 2014 r. w postępowaniu nr 675 było niezgodne z § 2 ust. 3 pkt 3 rozporządzenia w sprawie sposobu ogłaszania, gdyż nie zawierało informacji o miejscu i terminie przeprowadzenia rokowań.

Sylwia Chmara - zastępca Dyrektora Oddziału wyjaśniła, iż wymóg określony w § 2 ust. 3 pkt 3 rozporządzenia w sprawie sposobu ogłaszania wypełniony został w zaproszeniu do negocjacji (wzór w zał. nr 29 procedury konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.). W zaproszeniu tym podano miejsce i termin negocjacji i tym samym spełniono wszystkie wymogi formalne wskazane w rozporządzeniu.

NIK zwraca uwagę, że zaproszenie do rokowań określone w rozporządzeniu w sprawie sposobu ogłaszania oraz zaproszenie do negocjacji to dwa różne dokumenty wprowadzone różnej rangi aktami prawnymi (zaproszenie do negocjacji to dokument wprowadzony procedurą wewnętrzną zatwierdzoną przez Prezesa NFZ i jest co najwyżej dokumentem pomocniczym). Wymogi przewidziane dla zaproszenia do rokowań zostały określone w § 2 ust. 3 rozporządzenia w sprawie sposobu ogłaszania i winny być spełnione. Zauważyć przy tym należy, że wzór zaproszenia do udziału w rokowaniach znajduje się również w procedurze wewnętrznej – zał. nr 4).

(dowód: akta kontroli, str. 569-570, 2078-2081)

*Uwagi dotyczące
badanej działalności*

1. Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, iż komisje konkursowe nie przeprowadzały kontroli świadczeniodawców, którzy dotychczas wykonywali świadczenia w zakresie REH. Wprawdzie wprowadzona przez Prezesa NFZ procedura konkursu ofert lub rokowań nie przewidywała takiego obowiązku, nakładając jedynie obowiązek kontroli u nowych oferentów, którzy dotychczas nie mieli zawartej umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej z NFZ, jednakże taka kontrola u wybranych dotychczasowych świadczeniodawców pozwala na rzetelną weryfikację złożonej oferty i porównanie faktyczne np. wskazanego w ofercie zasobu sprzętowego ze stanem rzeczywistym.

Elżbieta Kasproicz - p.o. Dyrektor Oddziału wyjaśniła, iż komisja konkursowa z uwagi na dużą ilość złożonych ofert, w tym dużą liczbę nowych podmiotów biorących udział w konkursie, ograniczenia czasowe wynikające z harmonogramu postępowań, planując kontrole ograniczyła się do wypełnienia wymogu określonego w procedurze konkursu ofert lub rokowań.

(dowód: akta kontroli, str. 2191-2192)

2. NIK zwraca uwagę, że Oddział niewłaściwie przygotował się na przeprowadzenie postępowań konkursowych, wyznaczając zbyt krótkie terminy na zweryfikowanie ofert przez komisję konkursową. W prowadzonym głównym konkursie ofert komisja

konkursowa dwukrotnie przesuwawała termin rozstrzygnięcia ogłoszonych postępowań w rodzaju rehabilitacja lecznicza z 6 na 13 czerwca 2014 r. (81 ze 122 postępowań) oraz z 13 na 17 czerwca 2014 r. (50 ze 122 postępowań).

Elżbieta Kasprowicz wskazała, że powyższe postępowania ogłoszone zostały po zakończeniu „głównego” konkursu ofert. Ich ogłoszenie podyktowane było presją ze strony pacjentów, którzy nie mogli kontynuować leczenia u dawnych świadczeniodawców, dyrektorów placówek, które utraciły dotychczasowe kontrakty oraz środowisk politycznych. Miały one charakter uzupełniający. Oddział przewidywał, iż w większości postępowań udział weźmie tylko 1 oferent. Natomiast według Przewodniczącej komisji konkursowej przyczyną przesuwania terminu rozstrzygnięcia postępowań była konieczność najpierw „wczytania do systemu” następnie sprawdzenia, dużej ilości ofert oraz przeprowadzenia bardzo dużej liczby spotkań negocjacyjnych. Ponadto relatywnie dużo czasu zajęło komisji konkursowej rozpatrywanie wpływających protestów, składanych w następstwie odrzucenia ofert”.

(dowód: akta kontroli, str. 2285-2286, 2292-2293)

Zdaniem NIK wyznaczenie krótkiego terminu dla pracy komisji konkursowej na rozstrzygnięcie postępowań uzupełniających nr 648, 649, 650, 651 – 1 dzień⁴³, postępowań nr 630, 638, 639, 641, 642 – 6 dni⁴⁴ uniemożliwiało w niektórych przypadkach przeprowadzenie kontroli u oferentów. W ocenie NIK wielokrotne przesuwanie terminów rozstrzygnięcia konkursów świadczy o nierzetelnym zaplanowaniu prac komisji. Potwierdzają ten fakt wyjaśnienia przewodniczącej, wiceprzewodniczącej oraz członków komisji konkursowej, którzy wielokrotnie wskazywali na presję czasu, a w konsekwencji na brak możliwości rzetelnej analizy dokumentacji złożonej w trakcie postępowań, np. „krótki czas na zakontraktowanie świadczeń i związane z tym niebezpieczeństwo niedotrzymania terminów przy zawarciu umów oraz duża liczba złożonych ofert, utrudniały pełną weryfikację danych przekazanych przez oferentów w stosunku do stanu faktycznego”.

(dowód: akta kontroli, str. 698-700, 714-716, 735-737, 756-758, 805-807, 856-858, 1072-1074, 1092-1093, 1110-1112, 3188-3191)

Ocena cząstkowa

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

2. Rozliczanie zakontraktowanych świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej

2.1. P.o. Naczelnika Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej podała, że rozliczanie świadczeniodawców, którzy przekazywali raporty statystyczne zawierające informacje o wykonanych świadczeniach, następowało poprzez portal internetowy SZOI⁴⁵. Przekazywany raport statystyczny poddany został na wejściu do systemu informatycznego NFZ procesowi automatycznej walidacji, a następnie weryfikacji. Poprawność sprawozdanych świadczeń weryfikowana była przez pracowników merytorycznych. Po sprawdzeniu, raporty statystyczne odsyłane były do świadczeniodawcy przez portal SZOI. Na podstawie raportów statystycznych świadczeniodawcy generowali „żądanie rozliczenia” i przesyłali faktury w wersji elektronicznej przez portal SZOI, a w ślad za tym faktury w wersji papierowej.

⁴³ Otwarcie ofert 24 lipca 2014 r., ogłoszenie rozstrzygnięcia konkursu ofert 25 lipca 2014 r.

⁴⁴ Otwarcie ofert 18 lipca 2014 r., ogłoszenie rozstrzygnięcia konkursu ofert 24 lipca 2014 r.

⁴⁵ System Zarządzania Obiegiem Informacji.

Faktury podlegały ocenie merytorycznej i formalnej. Ponadto raz na kwartał przeprowadzana była automatyczna wsteczna weryfikacja sprawozdanych świadczeń, na podstawie której wszystkie świadczenia weryfikowano po raz kolejny w celu wyeliminowania świadczeń sprawozdanych nieprawidłowo. P.o. Naczelnika Wydziału podała ponadto, iż Oddział na bieżąco monitorował wykonanie umów przez świadczeniodawców. Po upływie kwartału na wnioski świadczeniodawców Oddział dokonywał przesunięć między zakresami lub umowami zgodnie z §§ 20 i 21 załącznika do rozporządzenia z dnia 6 maja 2008 r. Ponadto przy stwierdzeniu niewykonania, w trybie § 43, występowało z wnioskiem o renegocjację warunków umowy, przesuując środki z niewykonania na nadwykonania celem efektywniejszego wykorzystania środków finansowych. Dokonując aneksowania umów na kolejne lata w Oddziale analizowano również wielkość nadwykonania lub niewykonania u danego wykonawcy w poprzedzającym okresie i na tej podstawie ustalano ilość świadczeń na kolejny rok obowiązywania umów.

(dowód: akta kontroli 1732-1733, 2078-2193)

2.2. W kontrolowanym okresie Oddział wydatkował środki w wysokościach:

- na POZN: 29 362 tys. zł w 2012 r., 28 432 tys. zł w 2013 r., 28 672 tys. zł w 2014 r.;
- na REH: 83 040 tys. zł w 2012 r., 86 555 tys. zł w 2013 r., 88 909 tys. zł w 2014 r.

Wartość świadczeń ponadlimitowych w zakresie REH wyniosła:

- w 2012 r. – 4 614 tys. zł, z tego zapłaconych w wysokości 1 736 tys. zł,
- w 2013 r. – 7 135 tys. zł, z tego zapłaconych w wysokości 1 853 tys. zł,
- w 2014 r. – 11 507 tys. zł, z tego zapłaconych w wysokości 2 751 tys. zł⁴⁶.

Finansowania świadczeń ponadlimitowych dokonywano na podstawie przesunięć pomiędzy poszczególnymi zakresami (§ 20 ust. 1, § 21 ust. 1 załącznika do rozporządzenia z dnia 6 maja 2008 r) oraz w wyniku zawierania ugód pozasądowych.

Wartość niewykonanych świadczeń w zakresie REH wyniosła:

- w 2012 r. – 495 tys. zł,
- w 2013 r. – 746 tys. zł,
- w 2014 r. – 716 tys. zł.

W Oddziale corocznie wskazywano kryteria zawierania ugód, określając poziom finansowania w drodze ugody dla poszczególnego zakresu:

- a) w 2012 r. REH – neurologiczna, dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym, kardiologiczna w warunkach stacjonarnych, ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych, słuchu i mowy – 95%; ogólnoustrojowa w oddziale dziennym – 50%, pozostałe 0%;
- b) w 2013 r. REH – fizjoterapia domowa, rehabilitacja neurologiczna, dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym, ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych – 100 %; ogólnoustrojowa w oddziale dziennym – 90%; z dysfunkcją słuchu i mowy – 80%; kardiologiczna w warunkach stacjonarnych – 50%; pozostałe 0%;

⁴⁶ W tym wartość ugód: w 2012 r.- 450 tys. zł; w 2013 r.- 860 tys. zł; w 2014 r. 2.359 tys. zł.

- c) w 2014 r. REH – fizjoterapia ambulatoryjna – 80%⁴⁷; rehabilitacja neurologiczna – 72,50%, z dysfunkcją słuchu i mowy⁴⁸ – 55%; pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych – 50%; pozostałe 0%.

Sprawdzono 422 faktury wystawione za okres lipiec-grudzień 2014 r. przez świadczeniobiorców, którzy zawarli umowy o świadczenie usług zdrowotnych w 21 skontrolowanych postępowaniach. Kwoty wykazane na fakturach odpowiadały wielkości zakontraktowanych świadczeń, były zatwierdzone pod względem merytorycznym i prawidłowo rozliczone.

(dowód: akta kontroli, str. 1732-1896, 1907-1908, 2179-2193)

2.3. W latach 2012-2014 Dział Kontroli Zgodności Umów zaplanował 117 kontroli realizacji kontraktów na wszystkie udzielane świadczenia, z tego w zakresie REH – osiem, natomiast w zakresie POZN – sześć.

Kierownik Działu Kontroli Zgodności Umów na Świadczenia wyjaśniła, że planowanie kontroli (na podstawie 2014 r.) we wszystkich rodzajach świadczeń odbywało się na podstawie propozycji pracowników merytorycznych właściwych komórek organizacyjnych Oddziału.

Kontrole świadczeniodawców w rodzaju REH przeprowadzono w dziewięciu przypadkach, w tym osiem planowych i jedną doraźną skargową. W zakresie POZN przeprowadzono 10 kontroli, w tym sześć planowych, dwie doraźne skargowe i dwie doraźne sprawdzające.

(dowód: akta kontroli, str. 236-345, 349-357, 380-423)

Jedna kontrola w zakresie REH dotyczyła świadczeniodawcy działającego na terenie Bydgoszczy, tj. Wojewódzkiego Szpitala Dziecięcego im. J. Brudzińskiego, i została przeprowadzona we wrześniu 2012 r. Działalność Szpitala oceniono pozytywnie z uchybieniami. Za uchybienia uznano różnicę w czasie pracy personelu podanego w harmonogramie pracy, stanowiącym załącznik nr 2 do zawartej umowy na świadczenia, a zestawieniem godzin pracy personelu przedstawionym przez świadczeniodawcę podczas kontroli. W wystąpieniu pokontrolnym z dnia 16 października 2012 r. zalecono do dnia 31 października 2012 r. dokonać aktualizacji załącznika nr 2 do umowy oraz w przyszłości na bieżąco aktualizować zmiany w harmonogramie pracy zatrudnionego personelu. Warunkowo odstąpiono od nałożenia kary umownej.

(dowód: akta kontroli, str. 346-348)

2.4. W badanym okresie do Oddziału wpłynęły łącznie 24 skargi na świadczeniodawców z zakresu REH, z tego w 2012 r. – pięć, w 2013 r. – osiem oraz w 2014 r. – 11. Wszystkie skargi rozpatrzono. Za zasadne lub częściowo zasadne uznano: w 2012 r. – trzy skargi, w 2013 r. – pięć, natomiast w 2014 r. – siedem.

Skargi dotyczyły m.in.: odmowy wykonania zabiegów krioterapii w godzinach popołudniowych, odmowy udzielenia świadczenia w dniu zgłoszenia na umówioną wizytę, przełożenia wizyty lekarskiej w poradni rehabilitacyjnej, zapłaty za zabiegi krioterapii w sytuacji ujęcia ich na jednym skierowaniu z innym zabiegiem, odmowy przyjęcia na leczenie w oddziale rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, długiego czasu oczekiwania na rehabilitację.

W badanym okresie do Oddziału wpłynęło na świadczeniodawców łącznie 12 skarg z zakresu POZN, z tego w 2012 r. – trzy, w 2013 r. – sześć oraz w 2014 r. – trzy.

⁴⁷ określono dodatkowy warunek dla świadczeniodawców, którym była realizacja fizjoterapii domowej na kwotę nie mniejszą niż 3% kwoty miesięcznego kontraktu w trakcie okresu sprawozdawczego.

⁴⁸ określono dodatkowy warunek dla nadwykonań powyżej 1 tys. zł.

Rozpatrzone 11 skarg, a jedna była w trakcie rozpatrywania. Za zasadne lub częściowo zasadne uznano: w 2012 r. jedną skargę, w 2013 r. – dwie, natomiast w 2014 r. – jedną.

Skargi dotyczyły m.in.: odmowy wykonania świadczenia w podmiocie leczniczym, odmowy wypisania skierowania podczas udzielonej porady, zgłoszenia wizyty domowej.

W skargach dotyczących ww. zakresów świadczeń osoby uznane za odpowiedzialne pouczono o obowiązkach wynikających z ich działalności.

(dowód: akta kontroli, str. 424-497)

*Ustalone
nieprawidłowości*

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Oddział sfinansował świadczenia zdrowotne za lata 2012-2014 w rodzaju rehabilitacja lecznicza ponad limit określony w umowach w łącznej kwocie 3 669 tys. zł (w 2012 r. – 450 tys. zł; w 2013 r. – 860 tys. zł; w 2014 r. – 2.359 tys. zł), pomimo iż nie zweryfikowano, czy świadczenia te nie były udzielane pacjentom w warunkach zagrożenia życia lub zdrowia, tj. czy spełniały warunki wynikające z art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz art. 19 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. Zapłacone „nadwykonania” za 2012 r. obejmowały sześć spośród dziewięciu zakontraktowanych przez Oddział zakresów, w 2013 r. obejmowały siedem spośród dziewięciu zakontraktowanych przez Oddział zakresów, a w 2014 r. cztery spośród 10 zakresów. Rozliczeń dokonywano na podstawie podpisywanych ugód pozasądowych, przy uwzględnieniu wytycznych Prezesa NFZ⁴⁹. Najwyższe zapłacone „nadwykonania” dotyczyły zakresów: fizjoterapia ambulatoryjna i rehabilitacja neurologiczna. Płatności tych dokonano, pomimo iż Oddział nie rozliczył w innych rodzajach wszystkich płatności za wykonane świadczenia, wskazane przez świadczeniodawców jako ratujące zdrowie i życie.

(dowód: akta kontroli ,str. 2179-2185, 2195-2205, 2212-2227, 3230-3233)

Elżbieta Kasprowicz, p.o. Dyrektor Oddziału wyjaśniła, iż zapłata za świadczenia wykonane ponad limit ma miejsce wtedy, gdy w danej pozycji planu finansowego pozostały niewykorzystane wolne środki na koniec roku. Po dokonaniu analizy realizacji świadczeń przez świadczeniodawców w Oddziale typowano świadczenia, które zostały uznane – z uwagi na swoją specyfikę oraz charakter – za świadczenia możliwe do zapłaty w ramach ugód.

(dowód: akta kontroli ,str. 2193-2194)

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli, nadwykonania w danym roku powinny stanowić podstawę do ewentualnego zwiększenia ilości zakontraktowanych świadczeń w kolejnym roku budżetowym.

2. Dyrektor Oddziału pismem z dnia 6 lipca 2012 r., po terminie wskazanym w zarządzeniu Prezesa NFZ z dnia 13 maja 2009 r.⁵⁰, tj. po upływie 36 dni od dnia

⁴⁹ Prezes NFZ w celu sprawnego przeprowadzenia procesu rozliczenia świadczeń ponadlimitowych zwrócił uwagę na zaplanowanie harmonogramu działań: wysłanie stosownej informacji do świadczeniodawców, terminowe rozliczenie, zakończenie procesu w terminie 45 dni po upływie okresu rozliczeniowego, określenie jednolitych kryteriów wyznaczenia świadczeń ponadlimitowych zakwalifikowanych do rozliczenia, zasady i sposób typowania zakresów, dla w rodzaju REH – tryb realizacji świadczeń (całodobowy/dzienny/ambulatoryjny).

⁵⁰ W sprawie planowania, przygotowania i prowadzenia postępowania kontrolnego oraz realizacji wyników kontroli (Dz. Urz. NFZ, Nr 4, poz. 23 ze zm.). Zgodnie z § 33 ust. 2 zarządzenia, Dyrektor

otrzymania zastrzeżeń, a także pomimo odmiennej rekomendacji pracowników Oddziału, podjął decyzję o odstąpieniu od zaleceń pokontrolnych i nałożeniu kary na świadczeniobiorcę.

Zalecenia pokontrolne wraz z karą były efektem kontroli doraźnej skargowej przeprowadzonej u świadczeniodawcy świadczącego usługi POZN. W dniach od 3 kwietnia do 9 maja 2012 r. skontrolowano świadczeniodawcę w zakresie umowy realizowanej w I kwartale 2012 r. na świadczenia POZN, ze szczególnym uwzględnieniem sposobu zabezpieczenia oraz realizacji świadczeń pielęgniarskich po godzinie 18 w dni powszednie oraz od godziny 8 do godziny 8 dnia następnego w dni wolne od pracy. Działalność świadczeniodawcy oceniono pozytywnie w dwóch obszarach, natomiast negatywnie pod względem legalności funkcjonowania zespołów wynikającego z zawartej umowy na świadczenia w zakresie POZN, które zabezpieczało zespoły lekarsko-pielęgniarskie w formie ambulatoryjnej i wizyt domowych. Powyższe procedury wykonywane były przez pięć takich zespołów⁵¹, tj. w liczbie niezabezpieczającej 351,7 tys. mieszkańców miasta Bydgoszczy i powiatu bydgoskiego, w tym Solec Kujawski miasto i gmina – 16,4 tys. osób objętych tą opieką. W wystąpieniu pokontrolnym z dnia 21 maja 2012 r. zalecono dostosować ilość zespołów lekarsko-pielęgniarskich pełniących dyżury w jednostce do wymogów zawartych w umowie, czyli do każdych 50 tys. osób ubezpieczonych. Na podstawie § 30 ust. 1 pkt 3 lit. e załącznika do rozporządzenia z dnia 6 maja 2008 r. Dyrektor Oddziału nałożył na świadczeniodawcę karę umowną w wysokości 7,5 tys. zł, tj. 0,5% wartości umowy. Pismami z dnia 30 maja oraz 6 i 28 czerwca 2012 r. świadczeniodawca wniósł o anulowanie kary. W aktach kontroli wewnętrznej Oddziału znajdowało się pismo z dnia 13 czerwca 2012 r., zaakceptowane przez radcę prawnego Oddziału, proponujące zmniejszenie nałożonej kary umownej do 1,5 tys. zł, tj. 0,1% kwoty wartości umowy, które nie zostało wysłane do kontrolowanego. Pomimo powyższej rekomendacji Dyrektor Oddziału w piśmie z dnia 6 lipca 2012 r. do świadczeniodawcy podał, że „odstępuje od wydania zaleceń pokontrolnych, w tym od nałożenia kary”.

Tomasz Pieczka - ówczesny Dyrektor Oddziału zeznał, iż nie pamięta „zdarzeń” z 2012 r. Podał, że wszystkie postępowania i dokumenty, także te podpisane przez niego jako Dyrektora Oddziału, były przygotowywane przez komórki merytoryczne, które mają możliwość prowadzenia konsultacji i zasięgnięcia opinii prawnych. Pismo z dnia 13 czerwca 2012 r.⁵² przygotował Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej. Dyrektor Oddziału wskazał, że wszelkie decyzje podejmuje w oparciu o materiały przygotowane przez komórki merytoryczne i to one powinny udzielić odpowiedzi, dlatego tak przygotowały te materiały.

Radca Prawny Oddziału w związku z treścią pisma z dnia 13 czerwca 2012 r. poinformował, że nie redagował tego pisma, jedynie opiniował je pod względem formalnoprawnym. Wobec braku zastrzeżeń umieścił on pod jego treścią parafę. Projekt pisma został przekazany do Zespołu Radców Prawnych z Działu Kontroli.

Kierownik Działu Kontroli Realizacji Umów na Świadczenia wyjaśniła, że pismo zmniejszające wysokość nałożonej kary, które nie było podpisane przez Dyrektora Oddziału, było jedynie propozycją rozstrzygnięcia sprawy złożoną przez zespół

właściwej jednostki organizacyjnej NFZ w terminie 14 dni od otrzymania zastrzeżeń podejmuje decyzje o uwzględnieniu zastrzeżeń w całości lub w części albo ich oddaleniu.

⁵¹ Na każde rozpoczęte 50 tys. mieszkańców POZN zabezpieczać powinien jeden zespół lekarsko-pielęgniarski

⁵² Będące propozycją rozstrzygnięcia zastrzeżeń, w którym zaproponowano zmniejszenia nałożonej kary.

kontrolujący. Ostateczną decyzję o odstąpieniu od nałożenia na świadczeniodawcę kary podjął ówczesny Dyrektor Oddziału.

P.o. Dyrektora Oddziału wyjaśniła, że nieznanne są jej przyczyny niewysłania pisma z dnia 13 czerwca 2012 r. obniżającego wysokość kary umownej. Nieznane jej również były przyczyny wystosowania kolejnego pisma do skontrolowanego o całkowitym anulowaniu kary i odstąpieniu od zaleceń pokontrolnych. Dyrektor dodała, że w okresie między 13 czerwca a 6 lipca 2012 r. do Oddziału nie wpłynęło żadne kolejne pismo od świadczeniodawcy, które mogłoby wnieść nowe ustalenia w sprawie.

(dowód: akta kontroli, str. 358-379, 498-499, 1733)

Kontrola NIK wykazała, że anulowania kary i wszystkich nieprawidłowości z kontroli przeprowadzonej w 2012 r. u świadczeniodawcy dokonano zarówno po terminie określonym w zarządzeniu Prezesa NFZ, jak również w oparciu o nierzetelną analizę dokumentacji odwoławczej. W ocenie NIK świadczeniodawca w zastrzeżeniach nie wskazał okoliczności mogących służyć za podstawę rezygnacji z wniosków pokontrolnych i anulowania kary, a jedynie udowodnił, iż w niektórych spornych przypadkach zabezpieczył prawidłową ilość zespołów pielęgniarsko-lekarskich, co powinno być przyczyną obniżenia kary, zgodnie z propozycją Oddziału z dnia 13 czerwca 2012 r.

NIK wskazuje, ponadto, iż powyższe rozstrzygnięcie było istotne dla świadczeniodawcy, któremu wskutek utrzymania nałożonej kary należałoby obniżyć ocenę punktową w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁵³. Wyniki kontroli rozpoczętych po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy ww. postępowanie i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym wpływają na obniżenie punktowej oceny dotyczącej jakości świadczeń.

Ocena cząstkowa

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

IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli⁵⁴, wnosi o:

1. Wprowadzenie rozwiązań zapewniających w postępowaniach na wybór świadczeniodawców rzetelną analizę składanych ofert, w tym prawidłowe wyliczanie punktacji oraz szczegółowe porównywanie poszczególnych części ofert, a także równe traktowanie oferentów.
2. Rzetelne sporządzanie dokumentacji z postępowań na wybór świadczeniodawców, w szczególności podpisywanie dokumentów przez wymaganą w § 7 ust. 3 uchwały Nr 36/2005/I liczbę osób oraz szczegółowe opisywanie wykonywanych czynności w dokumentacji konkursowej.
3. Przeprowadzanie obowiązkowej kontroli u świadczeniodawców, którzy nie mieli zawartej umowy z Funduszem.

⁵³ Świadczeniodawca złożył oferty w postępowaniach w rodzaju POZN w 2012 r.

⁵⁴Dz. U. z 2015 r., poz. 1096.

4. Ograniczenie finansowania świadczeń leczniczych wykonanych ponad limity określone w umowach, tylko do tych świadczeń, które były udzielane w warunkach zagrożenia życia lub zdrowia.
5. Terminowe i rzetelne rozpatrywanie składanych przez świadczeniodawców zastrzeżeń.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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

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

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli, w terminie 21 dni od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

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

Bydgoszcz, dnia 5 października 2015 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Bydgoszczy

Dyrektor
Barbara Antkiewicz

Kontroler
Andrzej Przybylski
główny specjalista kontroli państwowej

.....
podpis

.....
Podpis

Kontroler
Jarosław Słaby
doradca prawny

.....
podpis

tekst jednolity wystąpienia pokontrolnego uwzględniający zmiany wprowadzone uchwałą Zespołu Orzekającego Komisji Rozstrzygającej z dnia 8 grudnia 2015 r.

