



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Katowicach

LKA-4101-04-01/2012/P/12/121

Katowice, dnia 6 lipca 2012 r.

**Pan
Zygmunt Kloś
Dyrektor
Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
w Katowicach**

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹, Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Katowicach przeprowadziła kontrolę w Śląskim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach (zwanego dalej Oddziałem) w zakresie wykonania planu finansowego za rok 2011.

W związku z kontrolą, której wyniki przedstawione zostały w protokole kontroli, podpisanym w dniu 19 czerwca 2012 r., Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 60 ustawy o NIK, przekazuje Panu Dyrektorowi niniejsze wystąpienie pokontrolne.

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie z zastrzeżeniami działalność Oddziału w zakresie spraw objętych kontrolą.

Powyższą ocenę uzasadniają następujące oceny częściowe i ustalenia kontroli:

1. Oddział, w okresie objętym kontrolą, zaplanował koszty w oparciu i w ramach kwot ustalonych przez Centralę Narodowego Funduszu Zdrowia (zwaną dalej Centralą NFZ). Koszty świadczeń zdrowotnych (w wersji zatwierdzonej w dniu 13 sierpnia 2010 r. przez Ministra Zdrowia)² były wyższe od określonych na podstawie *Założeń do planu finansowego* o 1 684 tys. zł (0,02%) i wyniosły 6 820 767 tys. zł.

Plan kosztów Oddziału na rok 2011 w kwocie 7 080 459 tys. zł uległ zwiększeniu w ciągu roku do kwoty 7 385 653 tys. zł (tj. o 4,31%), w tym koszty świadczeń zdrowotnych zostały zwiększone do kwoty 7 120 713 tys. zł (tj. o 4,39%). Zwiększenie planu kosztów ogółem Oddziału, w zakresie świadczeń zdrowotnych, było skutkiem zmian planu finansowego NFZ, dokonywanych w trybie art. 124 ust. 1, 2, 4 i 6

¹ Dz. U. z 2012 r., poz. 82, zwanej dalej „ustawą o NIK”, w związku z art. 2 ustawy z dnia 22 stycznia 2010 r. o zmianie ustawy o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. Nr 227, poz. 1482 ze zm.) w brzmieniu obowiązującym do 1 czerwca 2012 r.

² Pismem z dnia 17 sierpnia 2010 r. znak: NFZ/CF/DEF//2010/077/0232W/16994/ER, Prezes NFZ poinformował Dyrektora Oddziału o zatwierdzeniu, w dniu 13 sierpnia 2010 r., przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów, planu finansowego NFZ na 2011 r.

ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych³. Przesunięcia w planie kosztów świadczeń zdrowotnych w poszczególnych rodzajach tych świadczeń dokonywane były na podstawie art. 124 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej i uzasadniane koniecznością dostosowania planu/struktury kosztów do faktycznych potrzeb.

Plan kosztów świadczeń zdrowotnych, zatwierdzony w dniu 13 sierpnia 2010 r. oraz plan ostateczny stanowiły odpowiednio 92,6% i 96,68% planu kosztów świadczeń zdrowotnych sporządzonych wg rzeczywistych potrzeb Oddziału.

2. Oddział, realizując plan finansowy na 2011 r., nie przekroczył wartości w nim ustalonych. W zakresie kosztów świadczeń zdrowotnych został on wykonany w 99,6% (7 089 925,24 zł), co stanowiło 101,6% wykonania w 2010 r.
3. Zobowiązania wobec świadczeniodawców były regulowane terminowo, w związku z tym nie wystąpiła konieczność zapłaty odsetek.
4. Ponad limitem w 2011 r.⁴ zostało wykonanych świadczeń na kwotę 299 755,93 tys. zł. Ich rozliczenie odbywało się z uwzględnieniem wytycznych Prezesa NFZ. Zawarto 237 ugód na łączną kwotę 66 578,08 tys. zł oraz 2 912 aneksów umów na łączną kwotę 84 408,82 tys. zł, przy zaangażowaniu dodatkowych środków w kwocie 99 817,68 tys. zł, a wartość zrzeszonych roszczeń wyniosła 58 165,82 tys. zł. W 2011 r. zawarto 21 ugód sądowych, dotyczących świadczeń wykonanych poza limitem, które dotyczyły roszczeń na kwotę 13 924,39 tys. zł, przy zaangażowaniu dodatkowych środków w kwocie 8 595,51 tys. zł i wartości zrzeszonych roszczeń w kwocie 5 328,88 tys. zł.
5. Sprawozdania o stanie należności i zobowiązań zostały sporządzone zgodnie z wzorami określonymi w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 4 marca 2010 r. w sprawie sprawozdań jednostek sektora finansów publicznych w zakresie operacji finansowych⁵. Dane wykazane w sprawozdaniach były zgodne z danymi zawartymi w ewidencji finansowo-księgowej Oddziału.
6. Należności od dłużników dochodzono zgodnie z procedurą windykacji należności obowiązującą w NFZ⁶, co ustalono na podstawie analizy należności wymagalnych jednego spośród pięciu dłużników (które stanowiły 95,35% należności wymagalnych na 31.12.2011 r.).

Skutecznie dochodzono należności od dłużników poprzez zawieranie ugód w sprawie rozłożenia należności na raty, co stwierdzono na podstawie analizy 3 ugód na łączną kwotę 3 072,22 tys. zł (54,03% wartości zawartych ugód ogółem).

7. Terminy rozliczania przez Oddział kosztów z tytułu koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego były zgodne z otrzymanymi wytycznymi Centrali NFZ. Weryfikacja roszczeń była dokonywana na podstawie zasad określonych przez Prezesa NFZ w stosownych wytycznych⁷.
8. Plan kosztów administracyjnych Oddziału na 2011 r. został wykonany w 93,1% (54 197,28 tys. zł), co stanowiło 98,95% wykonania w 2010 r.
Największy udział w kosztach administracyjnych Oddziału miały koszty wynagrodzeń - 65,6% (35 270,74 tys. zł), które zostały wykonane w 99,2%, przy wykonaniu planowanego zatrudnienia w 99,5%.
W planie wydatków inwestycyjnych Oddziału na 2011 r. największy udział miały wydatki dotyczące zakupu zespołów komputerowych (3 324,11 tys. zł) i nieruchomości (3 109,18 tys. zł), które łącznie stanowiły 89,4%

³ jt. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm., zwanej dalej ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej.

⁴ Stan na 15.05.2012 r.

⁵ Dz. U. Nr 43, poz. 247.

⁶ Nr 2005/003/BK/WIND/1.0 z listopada 2011 r.

⁷ Wytyczne odnośnie procesu odzyskiwania jak i zwracania przez NFZ kosztów rzeczowych świadczeń opieki zdrowotnej w oparciu o nowe przepisy o koordynacji (E125/127), przekazane Oddziałowi za pismem z 26.05.2010 r.; Wytyczne dotyczące rozliczania w oparciu o formularz E 125 PL kosztów świadczeń udzielonych na terenie Polski osobom uprawnionym z innych państw członkowskich UE/EFTA, przekazane Oddziałowi za pismem z 19.09.2011 r.; Wytyczne dotyczące zasad postępowania odnośnie zwrotu przez NFZ w oparciu o formularz E 125 kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych polskim świadczeniobiorcom na terenie innych państw członkowskich UE/EFTA, przekazane Oddziałowi za pismem z 23.12.2009 r.; Wytyczne dotyczące zasad refundacji kosztów leczenia poniesionych przez polskich ubezpieczonych w innych państwach UE/EFTA, przekazane Oddziałowi za pismem z 31.12.2009 r.

wydatków ogółem (7 194,94 tys. zł), wykonanych w 90,91%. W ocenie NIK, poddane analizie wydatki na zakup siedziby Delegatury Oddziału w Częstochowie (1 250,38 tys. zł) zostały poniesione w sposób legalny, gospodarny i celowy dla funkcjonowania Oddziału i były prawidłowo ujęte w księgach rachunkowych.

9. W Oddziale na bieżąco prowadzona była walidacja i sprawdzanie danych uzyskiwanych od świadczeniobiorców drogą elektroniczną. Według stanu na dzień 23 kwietnia 2012 r. system wygenerował 17 614 szablonów korygujących na łączną kwotę 51 576,5 tys. zł do umów podpisanych na 2011 r. Do 16 337 szablonów świadczeniodawcy wystawili korygujące dokumenty finansowe. Łączna kwota zaksięgowanych korekt wyniosła 50 779,9 tys. zł.
10. W wyniku zbadania postępowań przy udzieleniu 3 zamówień publicznych o największej wartości, przeprowadzonych przez Oddział w 2011 r. (po jednym w trybie: przetargu nieograniczonego, zapytania o cenę i z wolnej ręki) stwierdzono, że zostały udzielone z zachowaniem przepisów ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych⁸.
11. Badanie postępowania Oddziału w przypadku trzech szpitali o najwyższych wartościach kontraktów wykazało, że dokumentacja konkursowa zawierała wszystkie dokumenty wymagane zarządzeniem Nr 93/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne⁹, a złożone oferty spełniały wymogi Funduszu w zakresie wyposażenia w sprzęt i kwalifikacji personelu medycznego, określone w załączniku nr 3 do Zarządzenia nr 93/2008/DSOZ. Zawierały one wykazy zatrudnionego personelu z podaniem kwalifikacji oraz stażu pracy. Stan liczbowy personelu zapewniał uzyskanie równoważników przeliczeniowych, ustalonych w ww. załączniku. Szpitale posiadały na wyposażeniu co najmniej po jednym przyrządzie/urządzeniu określonym w tym załączniku dla poszczególnych rodzajów świadczeń.
12. NIK ocenia pozytywnie z zastrzeżeniami prowadzenie ksiąg rachunkowych. Stwierdzone nieprawidłowości nie miały wpływu na sprawozdawczość finansową oraz prawdziwość przedstawianej sytuacji finansowej Oddziału.
 1. W Oddziale zostały opracowane i zaktualizowane obowiązujące zasady rachunkowości¹⁰. Dokumentacja ta zawierała elementy wymienione w art. 10 ust. 1 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości¹¹, w tym m.in. plan kont. Określono w niej zasady klasyfikacji zdarzeń gospodarczych, prowadzenia kont ksiąg pomocniczych oraz zasady ochrony i zabezpieczenia danych, w tym archiwizacji baz i przenoszenia treści ksiąg na inny komputerowy nośnik danych oraz osoby (stanowiska) odpowiedzialne za wykonywanie poszczególnych czynności w ramach systemu rachunkowości oraz regulacje w zakresie kontroli zarządczej.
 2. Badanie poprawności formalnej dowodów i zapisów księgowych, którym objęto 268 dowodów księgowych, dotyczących wydatków (wybranych metodą monetarną MUS) o łącznej wartości 567 300,5 tys. zł (7,7% ocenianej populacji), wykazało m.in. że:
 - zapisy księgowe posiadały wymagane elementy,
 - operacje gospodarcze zaksięgowano do właściwych okresów,
 - nie wystąpiły zapisy z pominięciem kont rozrachunkowych dla operacji, których ten obowiązek dotyczy,
 - nie wystąpiły przypadki zaksięgowania wydatków majątkowych jako bieżące.

Stwierdzone, w wyniku przeglądu analitycznego ksiąg rachunkowych, przypadki błędnej sekwencji dat, które, według wyjaśnienia głównego księgowego, były spowodowane omyłkowymi zapisami bądź niekontrolowaniem przez program wprowadzenia dat późniejszych od daty zapisu. Zaznaczyć należy, że zapisy te nie miały wpływu na prawidłowość sporządzonych sprawozdań. Ujawnione braki w programie zostały zgłoszone do jego autora i już w trakcie kontroli zostały częściowo usunięte.

⁸ Dz. U. z 2010 r., Nr 113, poz. 759 ze zm.

⁹ Zwanego dalej zarządzeniem Nr 93/2008/DSOZ.

¹⁰ Zwane dalej polityką rachunkowości.

¹¹ Dz. U. z 2009 r. Nr 152, poz. 1223, ze zm., zwanej dalej „ustawą o rachunkowości”.

NIK ocenia pozytywnie rzetelność i prawidłowość sporządzonych rocznych sprawozdań Rb-N, Rb-Z¹². Sprawozdania te odzwierciedlały dochody i wydatki, a także należności i zobowiązania w kwotach wynikających z ewidencji księgowej. Sporządzone były w oparciu o zatwierdzone (trwałe) zapisy księgowe.

13. Wartość zakontraktowanych przez Oddział świadczeń opieki zdrowotnej¹³ na 2011 r. wyniosła 5 163 969 510,90 zł i była większa od wartości zakontraktowanych świadczeń na rok 2010 o 82 252 945,56 zł (5 081 716 565,34 zł). Wartość zakontraktowanych świadczeń na jednego ubezpieczonego wyniosła 1 157,67 zł w 2011 r. oraz 1 138,59 zł w 2010 r. Faktycznie w 2011 r. zostały wykonane świadczenia na kwotę 5 987 784 099,28 zł (tj. 1 391,48 zł w przeliczeniu na jednego ubezpieczonego), natomiast w 2010 r. rzeczywiste wykonanie wyniosło 5 987 784 099,28 zł (1 341,60 zł w przeliczeniu na jednego ubezpieczonego).

14. W 2011 r., po przeprowadzeniu postępowań konkursowych w trybie art. 161b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, Oddział zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z 13. świadczeniodawcami¹⁴. Uzasadnieniem przeprowadzenia dodatkowych postępowań był brak, pomimo przeprowadzonych postępowań konkursowych, zabezpieczenia oczekiwanego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych rodzajach świadczeń, a o zamiarze przeprowadzenia dodatkowych postępowań Dyrektor Oddziału informował Prezesa NFZ, zgodnie z postanowieniami ww. art. 161b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

Poza jednym przypadkiem, umowy zawarte zostały na okres nie dłuższy niż rok, a cena świadczenia opieki zdrowotnej określona została zgodnie z postanowieniami art. 161b ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

W jednym przypadku¹⁵ umowa zawarta została na okres 3-letni, tj. od 1 stycznia 2011 r. do 31 grudnia 2013 r. Jak wyjaśnił Dyrektor Oddziału: (...) *Wzór umowy nie podlega modyfikacji (musi być zgodny z odpowiednim zarządzeniem Prezesa NFZ), dlatego nie zmodyfikowano umowy o zapis o krótszym obowiązywaniu produktu. Aktualnie (...) umowa w tym zakresie nie jest kontynuowana.*

Zastrzeżenia NIK budzi akceptacja realizacji i sfinansowanie (w pełnej wysokości) w okresie od 1 stycznia 2011 r. do 31 lipca 2011 r. przez Oddział świadczeń wykonywanych przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich¹⁶, pomimo braku spełniania przez CLO warunku określonego w zał. Nr 3 do Zarządzenia Nr 69/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 listopada 2009 r.¹⁷, tj. zapewnienia równoważnika co najmniej 2 etatów specjalisty chirurgii plastycznej (w okresie od 1.01.2011 r. do 30.04.2011 r.) oraz warunku określonego w zał. nr 4 do Zarządzenia Nr 17/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2011 r.¹⁸, tj. posiadania tomografu komputerowego w lokalizacji dla leczenia ciężkich i ekstremalnych oparzeń (w okresie od 1.04.2011 r. do 31.07.2011 r.)¹⁹

Ponadto, zdaniem NIK, nie było podstaw do zastosowania, dla podpisania w dniu 5 sierpnia 2011 r. aneksu nr 7/03/1/2011 do umowy nr 121/100506/03/1/2011 zawartej z CLO w dniu 3 kwietnia 2009 r., trybu

¹² Rb-23 – o stanie środków na rachunkach bankowych, RB-27 – z wykonania planu dochodów budżetowych, Rb-28 – z wykonania plany wydatków budżetu państwa, Rb-N - o stanie należności, Rb -Z – o stanie zobowiązań wg tytułów dłużnych oraz gwarancji i poręczeń.

¹³ Wartość zakontraktowanych świadczeń na leczenie pacjentów przez świadczeniodawców posiadających umowę z Oddziałem (niezależnie od miejsca zamieszkania pacjenta oraz statusu ubezpieczenia (wartość umów stanowiących podstawę rozliczeń końcowo-rocznych – bez ugód sądowych).

¹⁴ Osiem umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, dwie umowy w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna i po jednej umowie w rodzajach: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, leczenie szpitalne, świadczenia odrębnie kontraktowane.

¹⁵ Umowa nr 121/101005/11/2011 zawarta w dniu 5 stycznia 2011 r. z SPSK im. A. Mielęckiego SUM w Katowicach w rodzaju: świadczenia odrębnie kontraktowane.

¹⁶ Zwany dalej Centrum Leczenia Oparzeń lub CLO.

¹⁷ W sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.

¹⁸ Zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.

¹⁹ Dopiero w dniu 5 sierpnia 2011 r. (z mocą obowiązywania od 1.08.2011 r.), po przeprowadzeniu konkursu ofert w trybie art. 161b ustawy o finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej, podpisano aneks do umowy nr 121/100506/03/1/2011 z zastosowaniem obniżonej wartości punktu rozliczeniowego w zakresach chirurgia ogólna – hospitalizacja i chirurgia plastyczna – hospitalizacja).

określonego art. 161b ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, zgodnie z którym dodatkowe postępowanie w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej może zostać przeprowadzone: w przypadku, gdy w wyniku przeprowadzonego postępowania w trybie konkursu ofert zostaną zawarte **na rok następny** umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej powodujące zmniejszenie (...) dostępu do świadczeń gwarantowanych w danym zakresie **w stosunku do roku bieżącego**.

Jak wyjaśniła z-ca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych: *Dyrektor Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, mając świadomość konieczności zabezpieczenia mieszkańców województwa w zakresie leczenia ciężkich i ekstremalnych oparzeń (...), podjął decyzję o finansowaniu świadczeń z grup J22 do J26 w SPZOZ Centrum Leczenia Oparzeń w Siemianowicach Śląskich. Świadczeniodawca ten jako jedyny w województwie śląskim specjalizował się i specjalizuje się w kompleksowym postępowaniu z pacjentem ciężko oparzoną (...). Na decyzję w powyższej sprawie wpływ miała również informacja o braku w najbliższym sąsiedztwie naszego województwa ośrodka prowadzącego leczenie ciężkich i ekstremalnych oparzeń w ramach kontraktu zawartego z NFZ. (...) Jednocześnie z uwagi na szczególnie kosztowny proces diagnostyczno-leczniczy pacjentów ciężko i ekstremalnie oparzonych, warunkowa decyzja w tej sprawie uwzględniła również nieobniżenie wartości punktu rozliczeniowego.*

15. NIK negatywnie ocenia przeprowadzanie przez Oddział uzupełniających/dodatkowych postępowań konkursowych²⁰ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej bez zastosowania trybu określonego w art. 161b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej²¹.

NIK nie podziela stanowiska z-cy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych, zgodnie z którym: *Postępowania konkursowe ogłoszone bezpośrednio po rozstrzygnięciu głównych postępowań konkursowych w przypadku ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nie zostały przeprowadzone w trybie art. 161b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, gdyż zgodnie z intencją ustawodawcy przepis ten ma umożliwić zapewnienie dostępności do świadczeń, w sytuacji gdy oferenci w związku z wejściem w życie tzw. rozporządzeń koszykowych nie spełniają warunków w zakresie wyposażenia i kwalifikacji personelu. Celem niniejszej regulacji jest uniknięcie sytuacji, gdy w wyniku odrzucenia ofert ze względu na niespełnienie wymogów w zakresie kwalifikacji personelu oraz aparatury pojawią się obszary pozbawione dostępu do świadczeń. Ogłaszanie postępowań konkursowych w opisanym trybie z zasady ma charakter wyjątkowy, gdyż służy osiągnięciu doraźnego celu jakim jest zabezpieczenie dostępu do świadczeń na danym obszarze na okres jednego roku, umożliwiając podmiotom leczniczym dostosowanie się do obowiązujących wymogów. Natomiast postępowania konkursowe ogłoszone w dniu 19 stycznia 2011 r. (AOS) (...) miały na celu zabezpieczenie dostępu do świadczeń zdrowotnych na obszarach, na których w wyniku rozstrzygnięcia głównych postępowań konkursowych pojawiły się tzw. „białe plamy” powodujące dla ubezpieczonych ograniczenie dostępności do świadczeń historycznie występujących w poprzednich okresach kontraktowania. (...).*

Tryb warunkowy, określony w art. 161b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, dotyczy sytuacji, gdy w wyniku przeprowadzonych postępowań konkursowych zostaną zawarte na rok następny umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej powodujące zmniejszenie dostępu do świadczeń w danym zakresie, w stosunku do roku bieżącego – co w świetle wyjaśnień z-cy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych miało miejsce. Zdaniem NIK, zastosowanie trybu postępowania warunkowego nie wyklucza udziału w takim postępowaniu świadczeniodawców spełniających wszystkie warunki i w konsekwencji zawarcia z nimi umowy na okres dłuższy niż rok i bez obniżenia wartości punktu rozliczeniowego. Tryb warunkowy daje jedynie możliwość udziału w postępowaniu konkursowym świadczeniodawcom, którzy nie spełniają warunku dotyczącego personelu lub wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną oraz wskazuje na ograniczenia, jakie należy zastosować w przypadku zawarcia z nimi umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (zawarcie umowy na okres krótszy niż rok i zastosowanie obniżonej wyceny punktu rozliczeniowego).

16. W ocenie NIK przeprowadzenie uzupełniających/dodatkowych postępowań konkursowych w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna: w zakresie onkologii na obszarze: 2401011 - Będzin (nr 12-11-001635/

²⁰ Główne postępowania konkursowe o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w okresie od 1.01.2011 r. do 31.12.2013 r. przeprowadzono w okresie od 16.09.2010 r. do 20.12.2010 r.

²¹ Dot. m.in. 122 postępowań konkursowych o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w tym 33 przeprowadzonych w okresie od 19.01.2011 r. do 21.02.2011 r. i 89 przeprowadzonych w okresie od 4.02.2011 r. do 10.03.2011 r.

AOS/02/1/02.1240.001.02/1), onkologii na obszarze: 2475011 – Sosnowiec (nr 12-11-001636/AOS/02/1/02.1240.001.02/1), endokrynologii na obszarze: 2475011 - Sosnowiec (nr 12-11-001603/AOS/02/1/02.1030.001.02/1)²², naruszało przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej dotyczące przypadków i zasad prowadzenia dodatkowych/uzupełniających postępowań konkursowych o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Ww. postępowania konkursowe ogłoszone zostały na podstawie wniosków świadczeniodawców, którzy brali udział w postępowaniach głównych,²³ a ich oferty nie zostały wybrane z uwagi na niską punktację uzyskaną w procesie oceny i tym samym odległą pozycję w rankingu końcowym postępowania.

Zdaniem NIK przeprowadzanie ww. indywidualnych postępowań konkursowych (po rozstrzygnięciu postępowań głównych) o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie znajduje uzasadnienia (podstawy prawnej) w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej regulujących zasady przeprowadzania konkursów.

Przypadki i zasady prowadzenia dodatkowych/ponownych postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej (po przeprowadzonych postępowaniach „głównych”) określone zostały w ww. art. 161b (zmniejszenie dostępu do świadczeń – tryb warunkowy) oraz art. 154²⁴ ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

Zgodnie z postanowieniami art. 154 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej: *Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy do czasu jego rozparzenia.*

Wnioski o przeprowadzenie dodatkowych/indywidualnych postępowań złożone zostały do Dyrektora Oddziału przez: Niepubliczny Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego „Medycyna Rodzinna” START sp. z o.o. (5.01.2011 r.) oraz Zakład Opieki Zdrowotnej „Pro Salute” (25.01.2011 r.), tj. podmioty, z którymi nie zawarto umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Świadczeniodawcy ci nie złożyli odwołań od dokonanych rozstrzygnięć, wnioskowali jedynie o przeprowadzenie dodatkowych postępowań konkursowych w określonych zakresach.

W związku z treścią art. 156 i 161b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, zastosowane rozwiązanie uniemożliwiało udział w postępowaniu świadczeniodawcom, z którymi zawarto umowy w wyniku rozstrzygnięcia postępowań głównych oraz świadczeniodawcom mogącym warunkowo brać udział w tym postępowaniu.

Jak wyjaśniła z-ca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych: (...) *postępowania konkursowe ogłaszane były w oparciu o decyzję Dyrektora Śląskiego OW NFZ, na podstawie stosownych wniosków świadczeniodawców. Ogłoszenie tych postępowań poprzedzone było wnioskami świadczeniodawców, w których zgłaszali oni gotowość do realizacji konkretnych świadczeń. Decyzja Dyrektora w tej sprawie wynikała z Jego wiedzy na temat potrzeb ubezpieczonych na określonym terenie województwa śląskiego, potencjału wykonawczego świadczeniodawców, z którymi zawarto umowy we właściwych zakresach świadczeń oraz innych czynników mających wpływ na konieczność ogłoszenia omawianych postępowań konkursowych*

Powyższe działania, zdaniem NIK, naruszają obowiązek zapewnienia równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz prowadzenia postępowania w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji, określony w art. 134 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

17. W ocenie NIK naruszeniem obowiązku zapewnienia równego traktowania wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz prowadzenia postępowania w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji określonego w art. 134 ustawy

²² Postępowania ogłoszono w dniu 4.02.2011 r. i rozstrzygnięto w dniu 10.03.2011 r.

²³ W wyniku przeprowadzonych postępowań głównych (rozstrzygniętych 20.12.2010 r.) ze świadczeniodawcami zawarto umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w okresie od 1.10.2011 r. do 31.12.2013 r.

²⁴ uwzględnienie odwołania złożonego do Prezesa NFZ na decyzję wydaną przez dyrektora Oddziału, wydaną na skutek złożonego przez świadczeniodawcę biorącego udział w postępowaniu, odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania – tryb rokowań.

o świadczeniach opieki zdrowotnej było przeprowadzenie „indywidualnych” postępowań konkursowych o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie onkologia kliniczna na obszarze: 2469011 – Katowice, w okresie od 1.09.2011 r. do 31.12.2013 r.²⁵ oraz w zakresie okulistyka dziecięca – hospitalizacja; okulistyka dziecięca – hospitalizacja B12, B13, B14, B15; okulistyka dziecięca – hospitalizacja B04, B05, B06 na obszarze: 2469011 Katowice w okresie od 1.04.2011 r. do 31.12.2011 r.²⁶ (zwane dalej okulistyka dziecięca).

Postępowania te przeprowadzone zostały na podstawie wniosków złożonych przez SPSK Nr 7 SUM w Katowicach GCM im. Leszka Gieca²⁷ (onkologia kliniczna – hospitalizacja) oraz SPZOZ Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach (okulistyka dziecięca), z którymi podpisano aneksy do umów zawartych z tymi świadczeniodawcami w 2009 r., wprowadzające do zakresów świadczeń finansowanych przez Oddział wnioskowane przez nich zakresy.

W 2011 roku świadczenia w zakresie onkologia kliniczna – hospitalizacja na obszarze Katowic realizowało dwóch świadczeniodawców, a w zakresie okulistyka dziecięca jeden świadczeniodawca, dla których okres obowiązywania umów w rodzaju leczenie szpitalne mijał z dniem 31.12.2011 r.

O przeprowadzeniu konkursu specjalnie dla GCM świadczy dodatkowo fakt, że w ogłoszeniu z dnia 3 sierpnia 2011 r., jako czas obowiązywania umowy wskazano okres od 1 września 2011 r. do 31 grudnia 2013 r. GCM, po uzyskaniu w 2009 r. zgody Prezesa NFZ, jako jedyny świadczeniodawca realizujący świadczenia na terenie Katowic, zawarł umowy w rodzaju leczenie szpitalne z terminem obowiązywania do dnia 31 grudnia 2013 r.

Z-ca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych wyjaśniła: (...) *postępowania konkursowe ogłaszane były w oparciu o decyzję Dyrektora Śląskiego OW NFZ, na podstawie stosownych wniosków świadczeniodawców. Ogłoszenie tych postępowań poprzedzone było wnioskami świadczeniodawców, w których zgłaszali oni gotowość do realizacji konkretnych świadczeń. Decyzja Dyrektora w tej sprawie wynikała z jego wiedzy na temat potrzeb ubezpieczonych na określonym terenie województwa śląskiego, potencjału wykonawczego świadczeniodawców, z którymi zawarto umowy we właściwych zakresach świadczeń oraz innych czynników mających wpływ na konieczność ogłoszenia omawianych postępowań konkursowych.*

Zdaniem NIK, działania te stawiały tych świadczeniodawców w uprzywilejowanej pozycji w stosunku do pozostałych świadczeniodawców realizujących w 2011 r. świadczenia w zakresie onkologia – hospitalizacja i okulistyka dziecięca na obszarze Katowic, którzy zgodnie z zakazem określonym w art. 156 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, w postępowaniu takim nie mogli brać udziału.

Ponadto, w przypadku GCM, podpisanie aneksu w dniu 8.09.2012 r. (z terminem obowiązywania do 31.12.2013 r.), tj. na trzy miesiące (23.11.2011 r.) przed ogłoszeniem, w trybie art. 139 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, konkursów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie onkologia kliniczna-hospitalizacja w okresie od 1.01.2012 r. do 31.12.2014 r. spowodowało, że świadczeniodawca ten zwolniony został z konieczności wzięcia udziału w tym postępowaniu.

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi, Najwyższa Izba kontroli wnosi o:

- **Zapewnienie równego traktowania świadczeniodawców, zarówno co do zakresów świadczeń opieki zdrowotnej, jak i okresu ich finansowania przez Oddział, poprzez stosowanie właściwych trybów wyłaniania wykonawców dla realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych rodzajach i zakresach tych świadczeń, uzasadnionych faktycznymi potrzebami zapewnienia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.**

Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Katowicach, na podstawie art. 62 ust. 1 ustawy o NIK, oczekuje przedstawienia przez Pana Dyrektora, w terminie 15 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia

²⁵ Postępowanie prowadzono w dniach od 3.08.2011 r. do 31.08.2011 r. – aneks podpisano na okres od 1.09.2011 r. do 31.12.2013 r.

²⁶ Postępowanie przeprowadzono w dniach od 16.05.2011 r. do 16.06.2011 r. – aneks podpisano z terminem obowiązywania od 1.07.2011 r.

²⁷ Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 7 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach Górnośląskie Centrum Medyczne im. Leszka Gieca w Katowicach.

pokontrolnego, informacji o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosku bądź o działaniach podjętych w celu realizacji wniosku lub przyczynach niepodjęcia takich działań.

Zgodnie z treścią art. 61 ustawy o NIK, w terminie 7 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego, przysługuje Panu prawo zgłoszenia na piśmie do Dyrektora Delegatury NIK umotywowanych zastrzeżeń w sprawie ocen, uwag i wniosku zawartych w tym wystąpieniu.

W razie zgłoszenia zastrzeżeń, zgodnie z art. 62 ust. 2 ustawy o NIK, termin nadesłania informacji, o którym mowa wyżej, liczy się od dnia otrzymania ostatecznej uchwały właściwej komisji NIK.