



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Katowicach

LKA – 4101-24-01/2012/P/12/124

Tekst ujednolicony

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/12/124 – Dostępność i finansowanie opieki stomatologicznej ze środków publicznych
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Katowicach
Kontroler	Monika Kopczyk, specjalista k.p., upoważnienie do kontroli nr 83528 z dnia 12 października 2012 r. (dowód: akta kontroli str. 1-2)
Jednostka kontrolowana	Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach (zwany dalej Oddziałem)
Kierownik jednostki kontrolowanej	Grzegorz Nowak, Dyrektor (dowód: akta kontroli str. 3)

II. Ocena kontrolowanej działalności

Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości¹, działalność kontrolowanej jednostki w zbadanym zakresie.

Uzasadnienie oceny ogólnej

Powyższa ocena ogólna wynika z ocen częściowych obszarów objętych kontrolą. Formułując ocenę pozytywną NIK uwzględniła w szczególności: planowanie zakupu świadczeń, prowadzenie automatycznych walidacji i weryfikacji, działania podejmowane w razie niewykonania lub wykonania świadczeń ponad limity określone w umowach, realizowanie zadań z zakresu profilaktyki chorób jamy ustnej adresowanej do dzieci i młodzieży oraz wywiązywanie się z obowiązku przekazywania wojewodzie danych dotyczących udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w środowisku nauczania i wychowania.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń oraz kontroli wykonania tych umów i polegały na:

- 1) zawieraniu ze świadczeniodawcami wybranymi w konkursach ofert umów przed wydaniem przez Dyrektora Oddziału wszystkich decyzji w sprawie rozpatrzenia odwołań dotyczących rozstrzygnięcia danego konkursu;
- 2) „przywracaniu” odrzuconych ofert do postępowania konkursowego bez podstawy prawnej, w sytuacji uznania protestów dotyczących odrzucenia za oczywiście bezzasadne;
- 3) zaniechaniu wezwania oferentów do uzupełnienia braków formalnych;
- 4) niezłożeniu przez członków komisji konkursowych wymaganych oświadczeń;
- 5) dokonywaniu modyfikacji wymogu w zakresie minimalnego czasu pracy na jednego lekarza w czasie trwania postępowań;

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

- 6) stosowaniu w poszczególnych postępowaniach odmiennych zasad oceny spełniania przez oferentów wymogów koniecznych;
- 7) braku wymaganych elementów w protokołach z przebiegu postępowania oraz niesporządzaniu tych protokołów w przypadku postępowań unieważnionych;
- 8) niepełnym wykonaniu planów kontroli w latach 2010 – 2011.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Finansowanie świadczeń stomatologicznych

1.1. Planowanie zakupu świadczeń stomatologicznych

Opis stanu
faktycznego

Planując w 2010 r. kontraktowanie świadczeń stomatologicznych (zwanymi dalej świadczeniami STM) na lata 2011–2013, założono niwelowanie różnic w dostępie do świadczeń ogólnostomatologicznych oraz zwiększenie dostępności do świadczeń specjalistycznych. W celu zapewnienia dostępności przestrzennej przyjęto następujące obszary kontraktowania:

- 36 powiatów (miast na prawach powiatu) – w przypadku świadczeń STM w zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych (zwanym dalej zakresem OGL);
- 4 subregiony (centralny², zachodni³, północny⁴ i południowy⁵) – w przypadku świadczeń STM w sześciu zakresach świadczeń: ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia (zwanym dalej zakresem OGL.18); ogólnostomatologicznych udzielanych w znieczuleniu ogólnym (zwanym dalej zakresem OGL.ZN); chirurgii stomatologicznej i periodontologii (zwanym dalej zakresem CHIR); ortodoncji dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia (zwanym dalej zakresem ORT); protetyki stomatologicznej (zwanym dalej zakresem PROT); stomatologicznej pomocy doraźnej (zwanym dalej zakresem POM.DOR);
- województwo – w przypadku świadczeń STM w trzech zakresach świadczeń: stomatologicznych dla świadczeniobiorców z grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych, w tym chorych na AIDS (zwanym dalej zakresem GR.RYZ); protetyki stomatologicznej dla świadczeniobiorców po chirurgicznym leczeniu nowotworów w obrębie twarzoczaszki (zwanym dalej zakresem PROT.CHIR); ortodontycznej opieki nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki (zwanym dalej zakresem PROG.ORT).

Powyższe zakresy, w ramach których kontraktowano świadczenia STM, wynikały z zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie stomatologiczne⁶. Zgodnie z tymi zarządzeniami, gwarantowanych – na podstawie rozporządzenia

² Powiaty: będziński, gliwicki, mikołowski, pszczyński, tarnogórski, bieruńsko-lędziński i zawierciański oraz miasta: Bytom, Chorzów, Dąbrowa Górnicza, Gliwice, Jaworzno, Katowice, Mysłowice, Piekary Śląskie, Ruda Śląska, Siemianowice Śląskie, Sosnowiec, Świętochłowice, Tychy i Zabrze.

³ Powiaty: raciborski, rybnicki i wodzisławski oraz miasta: Jastrzębie-Zdrój, Rybnik i Żory.

⁴ Powiaty: częstochowski, kłobucki, lubliniecki i myszkowski oraz miasto Częstochowa.

⁵ Powiaty: bielski, cieszyński i żywiecki oraz miasto Bielsko-Biała.

⁶ Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie stomatologiczne (nr 64/2007/DSOZ z dnia 20 września 2007 r., nr 91/2008/DSOZ z dnia 16 października 2008 r., nr 59/2009/DSOZ z dnia 2 listopada 2009 r. i nr 55/2010/DSOZ z dnia 14 września 2010 r.) oraz w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne – Program ortodontycznej opieki nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki (nr 63/2007/DSOZ z dnia 20 września 2007 r.).

Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego⁷ – profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dla dzieci do ukończenia 6.roku życia oraz profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19.roku życia, udzielano w ramach zakresów OGL i OGL.18.

W celu zawarcia umów o udzielanie świadczeń STM na lata 2011–2013 zaplanowano 36 postępowań konkursowych w zakresie OGL, po cztery postępowania w zakresach OGL.18, OGL.ZN, CHIR, ORT, PROT i POM.DOR oraz po jednym postępowaniu w zakresach GR.RYZ, PROT.CHIR i PROG.ORT – łącznie 63 postępowania. Na postępowania te przeznaczono 210.874,2 tys. zł, a ponadto 2.833 tys. zł – na rezerwę finansową. W zakresach OGL, OGL.18, CHIR, ORT i PROT planowano zwiększenie środków o odpowiednio 14,6%; 42,9%; 12,5%; 10,4% i 10,8%, natomiast w zakresach OGL.ZN, PROT.CHIR i PROG.ORT – zmniejszenie środków o odpowiednio 4,8%; 22% i 53,4% w porównaniu do umów pierwotnych na 2010 r. Na zakresy GR.RYZ i POM.DOR, w których nie udzielano świadczeń w 2010 r., przeznaczono środki w kwocie odpowiednio 540 tys. zł i 1.144,8 tys. zł (po 477 dyżurów w 4 subregionach, w cenie 600 zł za dyżur). W zakresie OGL.18 planowano zwiększenie liczby etatów przeliczeniowych o 1; w zakresie CHIR – o 3,5; w zakresie ORT – o 5,25; w zakresie PROT – o 2,25. W celu wyrównania dostępu do świadczeń w zakresie OGL zwiększono środki na postępowania konkursowe w tych powiatach, w których nakłady na świadczenia w przeliczeniu na jednego mieszkańca wyniosły mniej niż 36,30 zł (dotyczy 26 powiatów), natomiast w przypadku pozostałych powiatów wysokość środków nie uległa zmianie w porównaniu do 2010 r. (dotyczy 10 powiatów).

W procesie planowania uwzględniano dane demograficzne oraz tzw. „dane historyczne”, takie jak: wartość zakontraktowanych świadczeń, wykonanie świadczeń, liczba świadczeniodawców w poszczególnych zakresach, liczba etatów w poszczególnych zakresach, dane dotyczące zapewnienia udzielania świadczeń specjalistycznych w poszczególnych subregionach. W procesie planowania nie wykorzystywano danych epidemiologicznych.

(dowód: akta kontroli str. 32-52, 1064)

Na 2012 r. plany rzeczowo-finansowe dla umów niewygasających przygotowano w oparciu o zalecenia Centrali NFZ, zgodnie z którymi nie przewidziano wprowadzenia istotnych zmian w systemie kontraktowania i finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. Przyjęto założenie, że plan zabezpieczenia świadczeń w rodzaju leczenie stomatologiczne jest planem odtworzeniowym, co do obszarów zabezpieczenia oraz liczby świadczeniodawców w stosunku do roku 2011.

(dowód: akta kontroli str. 53-56)

1.2. Postępowania w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń stomatologicznych

Opis stanu faktycznego

W latach 2007–2012 w Oddziale przeprowadzono 146 (w tym 119 w latach 2009–2012) postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń STM na okresy obejmujące lata 2010, 2011 lub 2012 (łącznie wartość zamówień określona w ogłoszeniach: 455.701,6 tys. zł), a mianowicie:

- w dniu 31 października 2007 r. wszczęto 11 postępowań w sprawie zawarcia umów na okres trzyletni (1 stycznia 2008 r. – 31 grudnia 2010 r.), a w okresie od 4 stycznia 2008 r. do 1 marca 2010 r. – 24 postępowania w sprawie zawarcia umów na okresy krótsze niż 3 lata, lecz również upływające z dniem 31 grudnia 2010 r. (łącznie wartość zamówień określona w ogłoszeniach: 237.987,6 tys. zł);

⁷ Dz. U. nr 140, poz. 1144 ze zm., zwanego dalej rozporządzeniem MZ w sprawie świadczeń STM.

- w dniach od 16 września do 3 grudnia 2010 r. wszczęto 67 postępowań w sprawie zawarcia umów na okres trzyletni (1 stycznia 2011 r. – 31 grudnia 2013 r.), a w okresie od 28 grudnia 2010 r. do 14 czerwca 2012 r. – 44 postępowania w sprawie zawarcia umów na okresy krótsze niż 3 lata, w tym 43 – na okresy upływające z dniem 31 grudnia 2013 r. i jedno – na okres upływający z dniem 15 sierpnia 2013 r. (łączna wartość zamówień określona w ogłoszeniach: 217.713,9 tys. zł).

Postępowania przeprowadzono w 10 zakresach świadczeń, z czego 132 – w trybie konkursu ofert (w tym 114 rozstrzygnięto a 18 unieważniono), a 14 – w trybie rokowań (w tym 13 rozstrzygnięto a jedno unieważniono).

(dowód: akta kontroli str. 6-9, 145-148)

Powyższe rokowania przeprowadzono w 4 zakresach, w tym:

- w zakresie OGL przeprowadzono 11 rokowań (w 9 przypadkach uzasadnieniem tego trybu było uwzględnienie odwołań dotyczących rozstrzygnięć uprzednio przeprowadzonych konkursów ofert – art. 154 ust. 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁸, a w dwóch przypadkach – ograniczona liczba świadczeniodawców nadzorowanych przez MON, MSWiA lub MS⁹, mogących udzielać świadczeń opieki zdrowotnej – art. 144 pkt 3 w zw. z art. 97 ust. 7 ustawy łoż);
- w zakresach PROT.CHIR, POM.DOR i PROG.ORT przeprowadzono łącznie 3 rokowania (ten tryb uzasadniono ograniczoną liczbą świadczeniodawców mogących udzielać świadczeń opieki zdrowotnej – art. 144 pkt 3 ustawy łoż).

(dowód: akta kontroli str. 6-9, 137-141)

Postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń STM unieważniono w 9 zakresach:

- w zakresach OGL.ZN, GR.RYZ, CHIR i POM.DOR unieważniono łącznie 12 postępowań, z uwagi na to, że nie wpłynęła żadna oferta (art. 150 ust. 1 pkt 1 ustawy łoż);
- w zakresach OGL, OGL.18, CHIR, ORT, PROT.CHIR, POM.DOR i PROG.ORT unieważniono łącznie 7 postępowań, w związku z odrzuceniem wszystkich złożonych ofert (art. 150 ust. 1 pkt 3 ustawy łoż) lub pozostawieniem bez rozpoznania (w jednym przypadku¹⁰).

(dowód: akta kontroli str. 6-9, 724-725, 818, 1033-1038)

W 35 postępowaniach w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń STM na okres upływający z dniem 31 grudnia 2010 r. występowało 1347 oferentów (39 podmiotów publicznych i 1308 podmiotów niepublicznych)¹¹, a w 110 postępowaniach w sprawie zawarcia umów na okres upływający z dniem 31 grudnia 2013 r. i w jednym postępowaniu w sprawie zawarcia umów na okres

⁸ Dz. U. z 2008 r. nr 164, poz. 1027 ze zm., zwanej dalej ustawą łoż.

⁹ Minister Obrony Narodowej, Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji lub Minister Sprawiedliwości.

¹⁰ Ofertę pozostawiono bez rozpoznania z uwagi na jej niezgodność z formatem zapytań ofertowych i towarzyszących im wzorów ankiet. Pozostawienie oferty bez rozpoznania w powyższej sytuacji było zgodne z dokumentem pn. *Procedura konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Warszawa 2010*.

¹¹ W poszczególnych zakresach świadczeń STM liczba oferentów ubiegających się o zawarcie umów wynosiła: OGL – 1297 (36 podmiotów publicznych i 1261 podmiotów niepublicznych), OGL.18 – 20 (2 podmioty publiczne i 18 podmiotów niepublicznych), OGL.ZN – 6 podmiotów niepublicznych, GR.RYZ – 0, CHIR – 34 (5 podmiotów publicznych i 29 podmiotów niepublicznych), ORT – 55 (3 podmioty publiczne i 52 podmioty niepubliczne), PROT – 32 (1 podmiot publiczny i 31 podmiotów niepublicznych), PROT.CHIR – 1 podmiot niepubliczny, POM.DOR – 1 podmiot publiczny, PROG.ORT – 1 podmiot niepubliczny. Suma liczb oferentów ubiegających się o zawarcie umów w poszczególnych 10 zakresach – 1447 jest różna od 1347, gdyż jeden oferent mógł ubiegać się o zawarcie umowy w więcej niż jednym zakresie.

upływający z dniem 15 sierpnia 2013 r., występowało 1350 oferentów (27 podmiotów publicznych i 1323 podmioty niepubliczne)¹².

W ramach powyższych postępowań członkowie komisji konkursowych:

- nie zostali wyłączeni z powodu okoliczności wymienionych w § 5 ust. 2 rozporządzenia 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 i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań¹³;
- nie żądali dostarczenia dokumentów potwierdzających dane i informacje przekazane w toku postępowania przez świadczeniodawcę ubiegającego się o zawarcie umowy;
- przeprowadzili 101 kontroli świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy;
- w trzech przypadkach pisemnie zażądali od świadczeniodawców złożenia wyjaśnień dotyczących przeprowadzanego postępowania.

(dowód: akta kontroli str. 6-9, 137-141)

W związku z postępowaniami w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń STM:

- a) złożono 3072 oferty (92 pomioty publiczne i 2980 podmioty niepubliczne):
 - w 35 postępowaniach, w sprawie zawarcia umów na okres upływający z dniem 31 grudnia 2010 r., złożono 1464 oferty (52 pomioty publiczne i 1412 podmioty niepubliczne)¹⁴;
 - w 110 postępowaniach, w sprawie zawarcia umów na okres upływający z dniem 31 grudnia 2013 r., a w jednym postępowaniu – z dniem 15 sierpnia 2013 r., złożono 1608 ofert (40 pomioty publiczne i 1568 podmioty niepubliczne)¹⁵;
- b) wybrano 2588 ofert (68 pomioty publiczne i 2520 podmioty niepubliczne) o łącznej wartości 422.676,6 tys. zł:
 - w 35 postępowaniach, w sprawie zawarcia umów na okres upływający z dniem 31 grudnia 2010 r., wybrano 1415 ofert (44 pomioty publiczne i 1371 podmioty niepubliczne)¹⁶ o łącznej wartości 216.724,1 tys. zł;

¹² W poszczególnych zakresach świadczeń STM liczba oferentów ubiegających się o zawarcie umów wynosiła: OGL – 1303 (29 podmiotów publicznych i 1274 podmioty niepubliczne), OGL.18 – 57 (4 podmioty publiczne i 53 podmioty niepubliczne), OGL.ZN – 8 (1 podmiot publiczny i 7 podmiotów niepublicznych), GR.RYZ – 0, CHIR – 41 (4 podmioty publiczne i 37 podmiotów niepublicznych), ORT – 54 (1 podmiot publiczny i 53 podmioty niepubliczne), PROT – 37 (1 podmiot publiczny i 36 podmiotów niepublicznych), PROT.CHIR – 1 podmiot niepubliczny, POM.DOR – 7 podmiotów niepublicznych, PROG.ORT – 2 podmioty niepubliczne. Suma liczb oferentów ubiegających się o zawarcie umów w poszczególnych 10 zakresach – 1510 jest różna od 1350, gdyż jeden oferent mógł ubiegać się o zawarcie umowy w więcej niż jednym zakresie.

¹³ Dz. U nr 273, poz. 2719, zwanego dalej rozporządzeniem MZ w sprawie konkursów ofert i rokowań.

¹⁴ W poszczególnych zakresach świadczeń STM złożono odpowiednio: OGL – 1308 ofert (38 złożyły podmioty publiczne i 1270 – podmioty niepubliczne), OGL.18 – 20 ofert (2 złożyły podmioty publiczne i 18 – podmioty niepubliczne), OGL.ZN – 7 ofert złożyły podmioty niepubliczne, GR.RYZ – nie złożono żadnych ofert, CHIR – 37 ofert (6 złożyły podmioty publiczne i 31 – podmioty niepubliczne), ORT – 57 ofert (4 złożyły podmioty publiczne i 53 – podmioty niepubliczne), PROT – 32 oferty (1 złożył podmiot publiczny i 31 – podmioty niepubliczne), PROT.CHIR – 1 ofertę złożył podmiot niepubliczny, POM.DOR – 1 ofertę złożył podmiot publiczny, PROG.ORT – 1 ofertę złożył podmiot niepubliczny.

¹⁵ W poszczególnych zakresach świadczeń STM złożono odpowiednio: OGL – 1393 oferty (29 złożyły podmioty publiczne i 1364 – podmioty niepubliczne), OGL.18 – 60 ofert (4 złożyły podmioty publiczne i 56 – podmioty niepubliczne), OGL.ZN – 8 ofert (1 złożył podmiot publiczny i 7 – podmioty niepubliczne), GR.RYZ – nie złożono żadnych ofert, CHIR – 41 ofert (4 złożyły podmioty publiczne i 37 – podmioty niepubliczne), ORT – 55 ofert (1 złożył podmiot publiczny i 54 – podmioty niepubliczne), PROT – 37 ofert (1 złożył podmiot publiczny i 36 – podmioty niepubliczne), PROT.CHIR – 2 oferty złożyły podmioty niepubliczne, POM.DOR – 9 ofert złożyły podmioty niepubliczne, PROG.ORT – 3 oferty złożyły podmioty niepubliczne.

¹⁶ W poszczególnych zakresach świadczeń STM wybrano odpowiednio: OGL – 1290 ofert (37 złożyły podmioty publiczne i 1253 – podmioty niepubliczne), OGL.18 – 8 ofert złożonych przez podmioty niepubliczne, OGL.ZN – 6 ofert złożonych przez podmioty niepubliczne, GR.RYZ – nie złożono żadnych ofert, CHIR – 25 ofert (2 złożyły podmioty publiczne i 23 – podmioty niepubliczne), ORT – 54 oferty (3 złożyły podmioty publiczne i 51 – podmioty niepubliczne), PROT – 29 ofert (1 złożył podmiot publiczny i 28 – podmioty niepubliczne), PROT.CHIR – 1 ofertę złożoną przez podmiot niepubliczny, POM.DOR – 1 ofertę złożoną przez podmiot publiczny, PROG.ORT – 1 ofertę złożoną przez podmiot niepubliczny.

- w 110 postępowaniach, w sprawie zawarcia umów na okres upływający z dniem 31 grudnia 2013 r., a w jednym postępowaniu – z dniem 15 sierpnia 2013 r., wybrano 1173 oferty (24 podmioty publiczne i 1149 podmioty niepubliczne)¹⁷ o łącznej wartości 205.952,6 tys. zł;
 - c) nie wybrano 365 ofert (z uwagi na zajęcie w danym postępowaniu najniższych pozycji w rankingu ofert, nieobjętych limitem środków finansowych stanowiącym wartość zamówienia tego postępowania):
 - w 35 postępowaniach, w sprawie zawarcia umów na okres upływający z dniem 31 grudnia 2010 r., nie wystąpiły przypadki niewybrania ofert;
 - w 110 postępowaniach, w sprawie zawarcia umów na okres upływający z dniem 31 grudnia 2013 r., a w jednym postępowaniu – z dniem 15 sierpnia 2013 r., nie wybrano 365 ofert;
 - d) odrzucono 119 ofert¹⁸:
 - w 35 postępowaniach, w sprawie zawarcia umów na okres upływający z dniem 31 grudnia 2010 r., odrzucono 49 ofert;
 - w 110 postępowaniach, w sprawie zawarcia umów na okres upływający z dniem 31 grudnia 2013 r., a w jednym postępowaniu – z dniem 15 sierpnia 2013 r., odrzucono 70 ofert;
 - e) wniesiono do Dyrektora Oddziału 269 odwołań dotyczących rozstrzygnięć postępowań:
 - w przypadku rozstrzygnięć 35 postępowań, w sprawie zawarcia umów na okres upływający z dniem 31 grudnia 2010 r., wniesiono 5 odwołań;
 - w przypadku rozstrzygnięć 110 postępowań, w sprawie zawarcia umów na okres upływający z dniem 31 grudnia 2013 r., a w przypadku rozstrzygnięcia jednego – z dniem 15 sierpnia 2013 r., wniesiono 264 odwołania;
 - f) wniesiono do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (zwanego dalej NFZ) 77 odwołań od decyzji Dyrektora Oddziału:
 - w przypadku rozstrzygnięć 35 postępowań, w sprawie zawarcia umów na okres upływający z dniem 31 grudnia 2010 r., wniesiono jedno odwołanie;
 - w przypadku rozstrzygnięć 110 postępowań, w sprawie zawarcia umów na okres upływający z dniem 31 grudnia 2013 r., a w przypadku rozstrzygnięcia jednego – z dniem 15 sierpnia 2013 r., wniesiono 76 odwołań;
 - g) wniesiono 14 skarg do sądu administracyjnego:
 - w przypadku rozstrzygnięć 35 postępowań, w sprawie zawarcia umów na okres upływający z dniem 31 grudnia 2010 r., nie wniesiono żadnych skarg;
 - w przypadku rozstrzygnięć 110 postępowań, w sprawie zawarcia umów na okres upływający z dniem 31 grudnia 2013 r., a w przypadku rozstrzygnięcia jednego – z dniem 15 sierpnia 2013 r., wniesiono 14 skarg.
- (dowód: akta kontroli str. 6-9, 137-141, 145-148, 152-153, 206-207)

Zbadano 28 postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń STM, przeprowadzonych w 2009 r. (5), w 2010 r. (12), w 2011 r. (8) i 2012 r. (3), co stanowiło 23,5% wszystkich (119) postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń STM, przeprowadzonych w ww. latach. Zbadane postępowania przeprowadzono w 10 zakresach, w tym w OGL – 13, w OGL.ZN – 2, w GR.RYZ – 2, w ORT – 3, w PROT.CHIR – 2, w PROG.ORT – 2 oraz po jednym w OGL.18, CHIR, PROT i POM.DOR. Łączna wartość zamówień, podana

¹⁷ W poszczególnych zakresach świadczeń STM wybrano odpowiednio: OGL – 1035 oferty (20 złożyły podmioty publiczne i 1015 – podmioty niepubliczne), OGL.18 – 19 ofert (1 złożył podmiot publiczny i 18 – podmioty niepubliczne), OGL.ZN – 6 ofert złożonych przez podmioty niepubliczne, GR.RYZ – nie złożono żadnych ofert, CHIR – 28 ofert (2 złożyły podmioty publiczne i 26 – podmioty niepubliczne), ORT – 51 ofert (1 złożył podmiot publiczny i 50 – podmioty niepubliczne), PROT – 27 ofert złożonych przez podmioty niepubliczne, PROT.CHIR – 1 ofertę złożoną przez podmiot niepubliczny, POM.DOR – 5 ofert złożonych przez podmioty niepubliczne, PROG.ORT – 1 ofertę złożoną przez podmiot niepubliczny.

¹⁸ Do odrzuconych zaliczono m.in. wszystkie oferty złożone w postępowaniach unieważnionych.

w ogłoszeniach o postępowaniach objętych badaniem, wyniosła 14.148,7 tys. zł (tj. 6,4% wartości zamówień, podanej w ogłoszeniach o postępowaniach przeprowadzonych w latach 2009–2012). Spośród 28 postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń STM, 17 przeprowadzono w trybie konkursu ofert (11 rozstrzygnięto i 6 unieważniono), a 11 – w trybie rokowań (wszystkie rozstrzygnięto).

Zgodnie z § 5 ust. 1 rozporządzenia MZ w sprawie konkursów ofert i rokowań, w celu przeprowadzenia postępowań objętych badaniem, Dyrektor Oddziału powołał członków komisji konkursowych (w tym przewodniczącego i protokolanta). Powołano 10 komisji konkursowych w składzie po 25 członków oraz 18 komisji liczących po 5 członków. Po otwarciu ofert w 15 postępowaniach wszyscy członkowie komisji konkursowych złożyli oświadczenia, że nie zachodzą wobec nich przesłanki określone w § 5 ust. 2 ww. rozporządzenia, natomiast w 10 postępowaniach wystąpiły przypadki niezłożenia tych oświadczeń (co szczegółowo opisano poniżej w pkt 5), a w trzech postępowaniach nie było takiego obowiązku, gdyż nie wpłynęły żadne oferty.

W ramach zbadanych postępowań oferenci złożyli 89 ofert, z czego jedną ofertę pozostawiono bez rozpoznania (na podstawie obowiązującej w NFZ procedury konkursu ofert, z uwagi na jej niezgodność z formatem zapytań ofertowych i towarzyszących im wzorów ankiet), 7 ofert odrzucono (w 5 przypadkach z uwagi na niespełnienie wymaganych warunków – art. 149 ust. 1 pkt 7 ustawy szoz, w jednym przypadku z uwagi na to, że ofertę złożył świadczeniodawca, z którym rozwiązano umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy – art. 149 ust. 1 pkt 8 ustawy szoz, a w jednym przypadku z uwagi na nieusunięcie przez świadczeniodawcę braków formalnych oferty w wyznaczonym terminie – art. 149 ust. 3 ustawy szoz), 27 ofert nie wybrano (z uwagi na zajęcie w danym postępowaniu najniższych pozycji w rankingu ofert nieobjętych limitem środków finansowych stanowiącym wartość zamówienia tego postępowania), a 54 oferty wybrano. Wartość świadczeń zaproponowana przez świadczeniodawców w wybranych ofertach wyniosła 10.750,1 tys. zł (tj. 5,2% wartości świadczeń zaproponowanej przez świadczeniodawców w ofertach wybranych we wszystkich postępowaniach przeprowadzonych w latach 2009–2012). W 28 przypadkach wezwano świadczeniodawców do usunięcia braków formalnych, a w trzech – do złożenia wyjaśnień. Skontrolowano 10 świadczeniodawców.

Oferty wybrane (z wyjątkiem przypadków opisanych szczegółowo poniżej w pkt 6 i 7) oraz oferty niewybrane spełniały obowiązkowe wymogi w zakresie kwalifikacji personelu, wyposażenia w sprzęt, organizacji udzielania świadczeń oraz warunków lokalowych, ustalone dla poszczególnych zakresów w zarządzeniach Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju leczenie stomatologiczne¹⁹. Do ofert tych załączono dokumenty wymagane w zarządzeniach Prezesa NFZ w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej²⁰, przy czym w przypadku dwóch wybranych ofert dokumenty te były niekompletne (co szczegółowo opisano poniżej w pkt 4).

(dowód: akta kontroli str. 1033-1038)

W przypadku dwóch konkursów ofert objętych badaniem złożono 9 protestów oraz 15 odwołań do Dyrektora Oddziału. Protesty dotyczyły odrzucenia ofert z uwagi na nieuzupełnienie dokumentów w terminie lub niespełnienie wymaganych warunków

¹⁹ Zarządzenie nr 91/2008/DSOZ z dnia 16 października 2008 r. (dot. 5 postępowań przeprowadzonych w 2009 r.) lub zarządzenie nr 55/2010/DSOZ z dnia 14 września 2010 r. (dot. 23 postępowań przeprowadzonych w latach 2010 – 2012).

²⁰ Zarządzenie nr 76/2008/DSOZ z dnia 3 października 2008 r. (dot. 5 postępowań przeprowadzonych w 2009 r.) lub zarządzenie nr 49/2010/DSOZ z dnia 31 sierpnia 2010 r. (dot. 23 postępowań przeprowadzonych w latach 2010 – 2012).

(w pkt 3 opisano przypadki protestów dotyczących niewykazania wymaganego sprzętu – skalera lub wstrząsarki do amalgamatu). Najczęstsze zarzuty pojawiające się w odwołaniach to pozbawienie pacjentów dostępu do świadczeń, niewybranie oferty pomimo konsensusu osiągniętego w toku negocjacji, narzucanie w toku negocjacji obniżenia liczby świadczeń, nieobiektywna ocena ofert oraz nierzetelna weryfikacja informacji podanych w ofertach konkurentów. W 13 przypadkach Dyrektor Oddziału oddalił odwołania, w jednym przypadku odwołanie pozostawiono bez rozpoznania z uwagi na jego nieterminowe złożenie, a w jednym – postępowanie odwoławcze umorzono, gdyż w wyniku innego konkursu ofert w tym samym zakresie STM wybrano ofertę odwołującego się świadczeniodawcy. W uzasadnieniach decyzji o oddaleniu odwołania Dyrektor Oddziału powoływał się na zapewnienie dostępu pacjentów do świadczeń u oferentów, których oferty wybrano, prowadzenie negocjacji ze wszystkimi oferentami i udokumentowanie ich wyników protokołami, zawieranie umów z oferentami według pozycji w rankingu w ramach limitu posiadanych środków, stosowanie powszechnie dostępnych kryteriów oceny w odniesieniu do wszystkich ofert oraz brak możliwości przeprowadzenia kontroli u każdego oferenta. Od decyzji Dyrektora Oddziału odwołano się w jednym przypadku. Prezes NFZ utrzymał w mocy zaskarżoną decyzję.

(dowód: akta kontroli str. 920, 926, 936, 942, 948, 954, 960, 812-813, 1039-1040)

Do każdego z 5 postępowań przeprowadzonych w trybie rokowań w okresie od 7 do 18 lutego 2011 r. (rokowania dotyczące udzielania świadczeń w zakresie OGL w Katowicach, Sosnowcu, powiecie mikołowskim i powiecie myszkowskim) lub w okresie od 6 do 15 czerwca 2011 r. (rokowania dotyczące udzielania świadczeń w zakresie OGL w Gliwicach), zaproszono po jednym świadczeniodawcy. Nastąpiło to w związku z uwzględnieniem ich odwołań od rozstrzygnięć konkursów ofert przeprowadzonych w dniach od 17 września do 30 listopada 2010 r., niezależnie od tego, czy organem rozpatrującym odwołanie był Dyrektor Oddziału, czy Prezes NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 154-157, 315-321, 543-563, 585-591, 795, 983-988)

Ustalone
nieprawidłowości

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

- 1) Ze świadczeniodawcami wybranymi w 7 konkursach ofert przeprowadzonych w dniach od 17 września do 30 listopada 2010 r. (dotyczących udzielania świadczeń w zakresie OGL.18 w subregionie północnym oraz w zakresie OGL w Katowicach, Sosnowcu, Gliwicach, powiecie mikołowskim, powiecie myszkowskim i powiecie cieszyńskim) zawarto odpowiednio 1, 56, 43, 35, 1, 21 i 27 umów przed wydaniem przez Dyrektora Oddziału wszystkich decyzji w sprawie rozpatrzenia odwołań dotyczących rozstrzygnięcia danego konkursu, czym naruszono art. 154 ust. 2 ustawy szostanowiący, że wniesienie odwołania do Dyrektora Oddziału wstrzymuje zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia. Były Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że sytuacja ta mogła być spowodowana dużą liczbą postępowań oraz składanych ofert i odwołań w powyższym okresie. Były Naczelnik Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej i była Kierownik Działu Kontraktowania Świadczeń w POZ, Stomatologii i Rehabilitacji wyjaśnili, że konieczność zabezpieczenia ciągłości dostępu do świadczeń zdrowotnych uniemożliwia odroczenie zawarcia umów do czasu rozpatrzenia wszystkich złożonych odwołań. Nie kwestionując dużej liczby odwołań, które wpłynęły w grudniu 2010 r. oraz konieczności zapewnienia dostępu do świadczeń STM od stycznia

2011 r., NIK zwraca uwagę, że zawieranie umów o udzielanie tych świadczeń nie może odbywać się z naruszeniem przepisów prawa.

(dowód: akta kontroli str. 318, 642-676, 683-712, 728, 796, 810, 962-982)

- 2) W postępowaniu przeprowadzonym w dniach od 17 września do 30 listopada 2010 r. (dotyczącym udzielania świadczeń w zakresie OGL w powiecie cieszyńskim) „przywrócono do postępowania” 8 ofert odrzuconych z uwagi na brak wymaganego wyposażenia, pomimo że w 7 przypadkach nie uwzględniono protestów dotyczących odrzucenia tych ofert (uznano je za oczywiście bezzasadne), a w jednym przypadku wyjaśnień złożonych przez oferenta nie uznano za protest i w związku z tym nie wydano rozstrzygnięcia. Protestów nie uwzględniono, w sytuacji gdy oferenci wyjaśniali, że skaler wchodzi w skład wykazanego przez nich unitu stomatologicznego, a wstrząsarkę do amalgamatu wykazali pod inną nazwą (skrót ABR). Oferenci wskazywali również, że na pytania w ankietach ofert o zapewnienie ww. sprzętu podawali odpowiedź *„Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę spełniać od początku obowiązywania umowy”*. Przewodniczący komisji konkursowej oraz Wiceprzewodnicząca komisji konkursowej wyjaśnili, że części V i VI oferty, zawierające wykaz sprzętu, uznano za nadrzędne w stosunku do ankiet. Jednakże po zapoznaniu się ze złożonymi wyjaśnieniami i dowodami potwierdzającymi posiadanie skalera lub wstrząsarki do amalgamatu odrzucone oferty „przywrócono do postępowania”, mając na uwadze konieczność zapewnienia świadczeń. NIK nie podziela powyższych argumentów, gdyż ustawa łoż nie przewiduje innej możliwości „powrotu” odrzuconych ofert do postępowania, jak tylko wskutek uwzględnienia protestu.

(dowód: akta kontroli str. 728-729, 796, 811-814, 823-961, 1033-1034)

- 3) W konkursie ofert przeprowadzonym w dniach od 17 września do 30 listopada 2010 r. (dotyczącym udzielania świadczeń w zakresie OGL w powiecie cieszyńskim), wbrew art. 149 ust. 3 ustawy łoż, zaniechano wezwania dwóch oferentów do uzupełnienia braków formalnych, w sytuacji gdy nie przedłożyli oni dokumentów określonych w § 13 ust. 1 pkt 9 zarządzenia Prezesa NFZ nr 49/2010/DSOZ z dnia 31 sierpnia 2010 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, tj.:

- w przypadku oferty nr 30 oferent nie przedłożył kopii umowy zawartej z podwykonawcą usług protetycznych albo zobowiązania podwykonawcy do zawarcia umowy z oferentem,
- w przypadku oferty nr 40 załączona umowa z podwykonawcą usług RTG nie zawierała zastrzeżenia o prawie NFZ do przeprowadzenia kontroli, a oferent przedłożył niepodpisane zobowiązanie podwykonawcy w tym zakresie.

Przewodniczący komisji konkursowej zeznał, że w postępowaniach brały udział osoby z innych komórek organizacyjnych, które, z uwagi na to, że na co dzień nie zajmowały się kontraktowaniem, mogły przeoczyć brak dokumentów, np. ze względu na pracę w godzinach ponadwymiarowych i występujące w związku z tym zmęczenie. Wiceprzewodnicząca komisji konkursowej wyjaśniła, że powyższe zaniechania były spowodowane przeoczeniem.

(dowód: akta kontroli str. 91-99, 111-123, 163-164, 214, 797, 1026-1032)

- 4) W 10 postępowaniach w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń STM²¹, wbrew § 5 ust. 3 rozporządzenia MZ w sprawie konkursów ofert

²¹ Dotyczących udzielania świadczeń STM w zakresie OGL w Raciborzu, Kaletach i powiecie cieszyńskim, w zakresie OGL.18 w subregionie północnym, w zakresie OGL.ZN w subregionie centralnym, w zakresie CHIR w subregionie zachodnim,

i rokowań, 6 członków komisji konkursowych nie złożyło oświadczeń, że nie zachodzą wobec nich przesłanki określone w § 5 ust. 2 rozporządzenia MZ w sprawie konkursów ofert i rokowań. St. inspektor B.G. (Wiceprzewodnicząca komisji konkursowych), mł. specjalista E.M. i specjalista M.K. wyjaśnili, że nie złożyły wymaganych oświadczeń z powodu niedopatrzenia. St. inspektor B.R. i mł. specjalista S.N., którzy nie złożyli oświadczeń w 8 postępowaniach (25 osobowe składy komisji konkursowych) oraz st. specjalista H.N., która nie złożyła oświadczenia w jednym postępowaniu (5-osobowy skład komisji konkursowej) wyjaśnili, że nie brali w nich udziału z uwagi na urlop lub zwolnienie lekarskie. Pomimo nieobecności w pracy ww. pracowników Dyrektor Oddziału nie dokonał zmian w składach komisji konkursowych, wskutek czego w ostatnim przypadku nie zachowano, określonego w § 5 ust. 1 rozporządzenia MZ w sprawie konkursów ofert i rokowań, wymogu nieparzystej liczby członków komisji. Były Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że powyższe zaniechanie było spowodowane brakiem stosownego wniosku przewodniczącego komisji, natomiast były Naczelnik Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej pełniący tę funkcję zeznał, że nie było wolnych pracowników, którzy mogliby zastąpić ww. członków komisji konkursowych. Nadmieniał również, że do postępowań prowadzonych w celu zawarcia umów wieloletnich zaangażowanych jest ok. 150 osób, co powoduje niechęć kierowników komórek organizacyjnych do oddelegowania kolejnych pracowników do udziału w tych postępowaniach. Wiceprzewodnicząca komisji konkursowych wyjaśniła, że nie można było przewidzieć czasu nieobecności członków komisji. Nadmieniała również, że po powrocie do pracy winni oni wziąć udział w pracach komisji, ze względu na napięty harmonogram prac konkursowych i liczbę złożonych ofert.

(dowód: akta kontroli str. 163, 173-177, 194-200, 213, 336-337, 372, 424-426, 450-451, 462-463, 475-476, 487-488, 499-500, 515-516, 521-522, 729, 797, 809, 814)

- 5) W ogłoszeniach o 4 postępowaniach przeprowadzonych w I półroczu 2009 r., w celu zawarcia umów na lata 2009–2010 (dotyczących udzielania świadczeń w zakresie OGL w Raciborzu, Skoczowie, Kaletach i Bytomiu) podano, że świadczeniodawcy winni spełniać warunki określone w zarządzeniu Prezesa NFZ nr 91/2008/DSOZ z dnia 16 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie stomatologiczne, w którym określono, że minimalny czas pracy na jednego lekarza winien wynosić 15 godzin w tygodniu, podczas gdy Dyrektor Oddziału wyraził zgodę na tygodniowy czas pracy lekarza w wymiarze 10 godzin (w związku z obniżeniem liczby punktów przypadających na jeden etat przeliczeniowy), a trzech świadczeniodawcy, którzy jako jedyni złożyli oferty w trzech postępowaniach (Racibórz, Kalety i Bytom) i podali w nich tygodniowy czas pracy lekarza w wymiarze krótszym niż 15 godzin, zostali wybrani. Wiceprzewodniczący komisji konkursowej w postępowaniu dotyczącym Bytomia wyjaśnił, że w ogłoszeniu o rokowaniach, do których zaproszono tylko jeden podmiot, wskazano zarządzenie Prezesa NFZ nr 91/2008/DSOZ z dnia 16 października 2008 r., gdyż określono w nim szereg innych wymogów, natomiast o aktualnych decyzjach, dotyczących wymiaru czasu pracy lekarza, poinformowano świadczeniodawcę telefonicznie przed złożeniem oferty. Przewodniczący komisji konkursowych w postępowaniach dotyczących Raciborza, Skoczowa i Kalet zeznał, że o obniżenie tygodniowego czasu pracy lekarza zwrócono się do Dyrektora Oddziału po otwarciu ofert. NIK zwraca uwagę, że Dyrektor Oddziału zaakceptował tygodniowy czas pracy lekarza w wymiarze 10 godzin (ustalany

w harmonogramach pracy świadczeniodawców na 2009 r.) w dniu 25 listopada 2008 r., tj. przed ogłoszeniem ww. trzech konkursów. Powołując się na powyższą akceptację, Przewodniczący komisji konkursowych wystąpił o zgodę na obniżenie minimalnego tygodniowego wymiaru czasu pracy lekarza tylko w przypadku konkursu dotyczącego udzielania świadczeń w Raciborzu, po złożeniu oferty przez świadczeniodawcę. W ocenie NIK, postępowanie takie nie gwarantowało zachowania uczciwej konkurencji, albowiem wszystkie wymogi winny być jasno określone najpóźniej w momencie ogłoszenia konkursu (rokowań) i nie powinny być zmieniane do jego zakończenia. Postępowanie to w przypadku konkursów dotyczących Raciborza, Skoczowa i Kalet mogło skutkować brakiem uczestnictwa potencjalnych oferentów niespełniających wymogu minimalnego czasu pracy na jednego lekarza w wymiarze 15 godzin tygodniowo.

(dowód: akta kontroli str. 334-421, 790-792, 798, 802-805, 993-1008)

6) W postępowaniu przeprowadzonym w dniach od 19 lutego do 17 marca 2009 r. (dotyczącym udzielania świadczeń w zakresie OGL w Raciborzu) nie odrzucono jedynej złożonej oferty, w której świadczeniodawca:

- w pkt VI *Szczegóły oferty* - *Personel* wykazał dwóch lekarzy dentystów, z których jeden pracuje 5 godzin tygodniowo, a drugi 22 – godziny tygodniowo (w ankiecie na pytanie "Czy *minimalny czas pracy na jednego lekarza dentystę wynosi 15 godzin w tygodniu?*" podał "Nie będę spełniać warunku od początku obowiązywania umowy"), a następnie oświadczył, że pomylił się w ankiecie i przedłożył harmonogram pracy lekarzy, według którego jeden lekarz pracuje 10 godzin, a drugi – 16 godzin tygodniowo,
- w pkt V *Wykaz sprzętu* i w pkt VI *Szczegóły oferty* - *Sprzęt* nie ujął lampy polimeryzacyjnej (w ankiecie na pytanie "Czy oferent zapewnia lampę polimeryzacyjną - w miejscu?" podał "Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę spełniać od początku obowiązywania umowy"),

w sytuacji gdy:

- zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ nr 91/2008/DSOZ z dnia 16 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie stomatologiczne, wymaganym sprzętem jest lampa polimeryzacyjna, a minimalny czas pracy na jednego lekarza dentystę wynosi 15 godzin w tygodniu (w 2009 r. Dyrektor Oddziału obniżył ten wymiar do 10 godzin w tygodniu),
- w postępowaniu przeprowadzonym w dniach od 17 września do 30 listopada 2010 r. (dotyczącym udzielania świadczeń w zakresie OGL w powiecie cieszyńskim) odrzucono 8 ofert z powodu nieujęcia w pkt V i w pkt VI wymaganego skalera lub wstrząsarki do amalgamatu, pomimo że w ankietach na pytania o zapewnienie tego sprzętu podali "Spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę spełniać od początku obowiązywania umowy" (co szczegółowo opisano w pkt 3)

Przewodniczący komisji konkursowej zeznał, że nie przypomina sobie dlaczego nie odrzucono ww. oferty. Wiceprzewodnicząca komisji konkursowej wyjaśniła: „...*W trakcie postępowania konkursowego wyjaśniono ewidentną rozbieżność pomiędzy podanym w ofercie czasem pracy lekarzy a udzieloną odpowiedzią ankietową oraz przeprowadzono kontrolę oferenta ubiegającego się o zawarcie umowy w celu porównania danych zawartych w ofercie ze stanem faktycznym. W trakcie kontroli przeprowadzonej w dniu 11.03.2009 r. nie stwierdzono rozbieżności pomiędzy danymi zawartymi w ofercie a stanem faktycznym. Tym samym zespół kontrolujący potwierdził, że oferent udzielił prawidłowej*

odpowiedzi ankietowej i posiada lampę polimeryzacyjną. Niestety opis wyniku kontroli jest bardzo lakoniczny, dodatkowo nie został podpisany przez oferenta i dołączony do oferty. Wynik kontroli został wprowadzony do systemu informatycznego (co potwierdza data dokonania wydruku) i włączony do akt postępowania konkursowego. Postępowania poprzedzające zawarcie umów na rok 2011 i lata następne prowadzone były wg bardzo napiętego harmonogramu prac konkursowych. W postępowaniach konkursowych na rok 2011 za nadrzędne uznano części V i VI oferty zawierające wykaz sprzętu. Oferty, w których nie wykazano całości niezbędnego sprzętu, podlegały odrzuceniu...” NIK zwraca uwagę na odmienny sposób postępowania w poszczególnych konkursach ofert. W omawianym przypadku uwzględniono oświadczenia oferenta zmieniające treść oferty w zakresie wymiaru czasu pracy lekarzy oraz przeprowadzono kontrolę, w celu potwierdzenia posiadania niewykazanego w ofercie sprzętu, natomiast w innych konkursach brano pod uwagę wyłącznie treść oferty i nie zezwalano na żadne modyfikacje zawartych w niej danych.

(dowód: akta kontroli str. 334-362, 730, 790, 798-799, 814-816, 823-961, 989-1008)

- 7) W protokołach z przebiegu 22 zbadanych postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń STM występowały braki w zakresie poszczególnych elementów określonych w § 7 rozporządzenia MZ w sprawie konkursów ofert i rokowań, takich jak: miejsce postępowania (w 22 protokołach), data zakończenia postępowania (w 20 protokołach), wykaz świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy (w 20 protokołach podano, że wykaz ten znajduje się w załączniku nr 7, podczas gdy w aktach postępowania znajdował się on w załączniku nr 10), wskazanie ofert, które wybrano (w 18 protokołach podano, że oferty te znajdują się w załączniku, lecz nie wskazano w którym) oraz podpisy członków komisji konkursowej (w jednym przypadku protokół podpisało 15 z 25 członków komisji konkursowej, podczas gdy zgodnie z § 7 ust. 3 *Regulaminu pracy komisji prowadzącej postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*²², komisja podejmuje decyzje w obecności co najmniej 2/3 jej składu). Ponadto z przebiegu 6 unieważnionych postępowań nie sporządzono protokołu, lecz dokument pn. *Wniosek do Dyrektora Oddziału o unieważnienie postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert*, który spośród elementów określonych w § 7 rozporządzenia MZ w sprawie konkursów ofert i rokowań, nie zawierał miejsca i daty rozpoczęcia postępowania oraz informacji o odczytaniu protokołu (w 6 przypadkach), jak również uzasadnienia odrzucenia ofert (w dwóch przypadkach).

(dowód: akta kontroli str. 81, 331-712, 1033-1038)

Przewodniczący i wiceprzewodniczący komisji konkursowych w zbadanych postępowaniach wyjaśniali, że:

- procedura, w oparciu o którą komisja konkursowa jest zobowiązana pracować, nie przewiduje jednego podsumowującego dokumentu, który zawierałby wszystkie elementy wymienione w § 7 rozporządzenia MZ w sprawie konkursów ofert i rokowań;
- *Protokół z posiedzenia komisji – podsumowanie postępowania* stanowi załącznik nr 34 do ww. procedury, jest automatycznie drukowany z systemu informatycznego bez możliwości jakiegokolwiek ingerencji operatora, natomiast brak daty zakończenia postępowania jest spowodowany błędem systemu informatycznego;

²² Przyjętego uchwałą Rady NFZ nr 36/2005/I z dnia 4 października 2005 r.

- na poszczególnych etapach postępowania komisja konkursowa sporządza różne dokumenty, które zawierają elementy określone w § 7 rozporządzenia MZ w sprawie konkursów ofert i rokowań;
- brak wymaganej liczby podpisów na protokole był wynikiem przeoczenia;
- zgodnie z procedurą konkursową, w przypadku unieważnienia postępowania, jedynym możliwym do wygenerowania dokumentem jest załącznik nr 12 *Wniosek do dyrektora oddziału o unieważnienie postępowania*.

(dowód: akta kontroli str. 158-159, 162-163, 169-172, 201-205, 208-209, 212-214, 797)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że Dyrektor Oddziału uwzględniając odwołania świadczeniodawców od rozstrzygnięć komisji konkursowej nie załatwiał sprawy administracyjnej merytorycznie albowiem nie rozstrzygał co do istoty sprawy zgodnie z wymogami przepisów art. 104 § 1 i 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego²³.

(dowód: akta kontroli str. 971-974, 985-988).

1.3. Rozliczanie umów o udzielanie świadczeń stomatologicznych

Opis stanu
faktycznego

W okresie objętym kontrolą w Oddziale przeprowadzono automatyczne walidacje i weryfikacje świadczeń przy zastosowaniu Centralnych Reguł Walidacji oraz Centralnych Reguł Weryfikacji. Przyjęto zasadę uruchamiania tzw. weryfikacji międzyfazowych (co najmniej dwa razy na dobę według zdefiniowanego harmonogramu) dla wszystkich nowosprawozdanych lub skorygowanych świadczeń. Wynikiem działania walidacji było przyjęcie przesyłki do systemu bądź jej odrzucenie ze stosownym komunikatem. Wynikiem weryfikacji była zmiana statusu weryfikacji świadczenia z „niezweryfikowanego” na „w trakcie weryfikacji” oraz wyniku weryfikacji z „nieдоступnego” na: „poprawne”, „ostrzeżenie” lub „błąd”. W procesie weryfikacji świadczeń system informatyczny Oddziału uniemożliwiał świadczeniodawcom rozliczenie świadczeń niezweryfikowanych bądź błędnych. Do rozliczenia mogły być wykazane jedynie świadczenia z wynikiem weryfikacji „poprawne” lub „ostrzeżenie”.

Ponadto w Oddziale przeprowadzono tzw. weryfikacje wsteczne po każdym kwartale 2011 r. oraz po pierwszym, drugim i trzecim kwartale 2012 r., obejmujące wszystkie sprawozdane świadczenia wykonane od początku danego roku (zapłacone i niezapłacone). W przypadku, gdy w wyniku ponownej weryfikacji świadczenie już zapłacone otrzymało status „błąd”, system informatyczny automatycznie naliczał korektę dla tego świadczenia oraz blokował możliwość wysłania rachunku elektronicznego do czasu przesłania przez świadczeniodawcę rachunku korygującego.

Najczęściej występujące błędy w procesie weryfikacji świadczeń STM to: świadczenie wykonane na usuniętym wcześniej zębie, przekroczony limit wykonanych świadczeń dla danego pacjenta w ramach świadczeniodawcy, świadczenie niezgodne z płcią pacjenta, wiek pacjenta niezgodny z opisem świadczenia, tytuł uprawnienia „U” niezgodny ze statusem w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych w zakresie prawa do świadczeń świadczeniobiorców, koincydencja świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 11-12, 22-24, 57-60, 1056-1057)

Z obszaru powiatu cieszyńskiego 32 świadczeniodawców, realizujących umowy o udzielanie świadczeń STM, złożyło 122 korekty faktur (rachunków) za

²³ Tekst jednolity Dz.U. z 2013 r., poz. 267; dalej: k.p.a.

poszczególne miesiące lat 2011–2012 (w tym 90 korekt dotyczyło 2011 r., a 32 – 2012 r.) w związku z błędami ujawnionymi w wyniku weryfikacji. W korektach tych wykazano do zwrotu 27,4 tys. zł (w tym 26 tys. zł dotyczyło 2011 r., a 1,4 tys. zł – 2012 r.), z czego wartość świadczeń dotkniętych tymi błędami wynosiła 23,4 tys. zł (w tym wartość błędnych świadczeń z 2011 r. wyniosła 22,2 tys. zł, a wartość błędnych świadczeń z 2012 r. – 1,2 tys. zł). W przypadku 18 korekt, na łączną kwotę 6,3 tys. zł, złożonych przez 17 świadczeniodawców za miesiąc styczeń 2011 r. lub 2012 r. stwierdzono, że były one zgodne z przekazanymi sprawozdaniami.

Ponadto z obszaru powiatu cieszyńskiego 37 świadczeniodawców, realizujących umowy o udzielanie świadczeń STM, złożyło 93 korekty faktur (rachunków) za styczeń 2010 r. na łączną kwotę 21,2 tys. zł. W przypadku losowo wybranych 12 korekt na łączną kwotę 1,4 tys. zł złożonych przez 12 świadczeniodawców stwierdzono, że były one zgodne z przekazanymi sprawozdaniami.

(dowód: akta kontroli str. 1049-1057)

Na przykładzie wybranych losowo 24 świadczeniodawców z powiatu cieszyńskiego stwierdzono, że w latach 2010–2012 w przesyłkach każdego z nich wystąpiło łącznie od 17 do 28.751 błędów walidacyjnych – ogółem 66.245.

(dowód: akta kontroli str. 1041-1048)

1.4. Kontrole wykonania umów o udzielanie świadczeń stomatologicznych

Opis stanu
faktycznego

W dniach 30 listopada 2009 r., 2 grudnia 2010 r. i 21 listopada 2011 r. Dyrektor Oddziału wydał zarządzenia w sprawie powołania piętnastoosobowych zespołów ds. tworzenia planów kontroli na lata 2010–2012²⁴. Zgodnie z tymi zarządzeniami zespoły opracowały roczne plany kontroli w terminie do 15 grudnia roku poprzedzającego rok, którego dotyczył plan. Plan kontroli na 2010 r. i 2012 r. zatwierdził Dyrektor Oddziału w powyższym terminie. Plan kontroli na 2011 r. zatwierdził Z-ca Dyrektora Oddziału w dniu 16 grudnia 2010 r., a Dyrektor Oddziału – w dniu następnym. Plan kontroli na lata 2010–2012 r. przekazano do Centrali NFZ w terminie określonym w § 40 ust. 5 zarządzenia Prezesa NFZ nr 23/2009/DSOZ z dnia 13 maja 2009 r. w sprawie planowania, przygotowania i prowadzenia postępowania kontrolnego oraz realizacji wyników kontroli (do 31 grudnia roku poprzedzającego rok, którego dotyczy plan).

(dowód: akta kontroli str. 178-189, 731-757)

Na 2010 r. w rodzaju leczenie stomatologiczne zaplanowano 45 kontroli, które dotyczyły: w 29 przypadkach – świadczeniodawców do tej pory niekontrolowanych lub realizujących umowę po raz pierwszy (zakres OGL); w dwóch przypadkach – sprawdzenia realizacji zaleceń pokontrolnych (zakres OGL); w 5 przypadkach – skarg wniesionych do oddziału (zakres OGL – 4; zakres ORT – 1); w jednym przypadku – umów ze świadczeniodawcą służb mundurowych w zakresie OGL; w 5 przypadkach – umów w zakresie OGL.ZN; w dwóch przypadkach – umów w zakresie CHIR; w jednym przypadku – umowy w zakresie ORT.

(dowód: akta kontroli str. 733-734)

W 2010 r. zakończono (przekazaniem wystąpienia pokontrolnego) 48 kontroli wykonania umów o udzielanie świadczeń STM (30 planowych i 18 doraźnych), w tym 35 kontroli dotyczyło umów na 2010 r., 9 kontroli – umów na 2010 r. i wcześniejszych, a 4 kontrole – tylko umów wcześniejszych. Łączna wartość umów w kontrolowanych zakresach świadczeń zdrowotnych wyniosła 7.920,2 tys. zł. Podjęcie kontroli doraźnych uzasadniano koniecznością sprawdzenia realizacji

²⁴ Zarządzenia Dyrektora Oddziału nr 362/2009 z dnia 30 listopada 2009 r., nr 362/2010 z dnia 2 grudnia 2010 r. i nr 382/2011 z dnia 21 listopada 2011 r.

zaleceń pokontrolnych; nieprzesyłaniem list oczekujących; czasem oczekiwania na świadczenia do około 5 lat. W wyniku 48 kontroli, w 38 przypadkach wydano zalecenia pokontrolne, w dwóch rozwiązano umowy ze świadczeniodawcami, w dwóch skierowano zawiadomienie do prokuratora, a w jednym – do konsultanta wojewódzkiego ds. Stomatologii Zachowawczej z Endodoncją. Ponadto zakwestionowano świadczenia o wartości 1.092,8 tys. zł i nałożono kary umowne w kwocie 105,5 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 719-720, 758-769)

Na 2011 r. w rodzaju leczenie stomatologiczne zaplanowano 45 kontroli, które dotyczyły: w 32 przypadkach – świadczeniodawców do tej pory niekontrolowanych lub realizujących umowę po raz pierwszy (zakres OGL); w trzech – sprawdzenia realizacji zaleceń pokontrolnych (zakresy: OGL; OGL.ZN; OGL i OGL.18); w dwóch – skarg wniesionych do oddziału (zakres OGL); w trzech – umów w zakresie OGL.18; w jednym – umowy w zakresie CHIR; w 4 – umów w zakresie ORT.

(dowód: akta kontroli str. 743-744)

W 2011 r. zakończono (przekazaniem wystąpienia pokontrolnego) 70 kontroli wykonania umów o udzielanie świadczeń STM (40 planowych i 30 doraźnych), w tym 54 kontroli dotyczyło umów na 2011 r., 12 kontroli – umów na 2011 r. i wcześniejszych, a 4 kontrole – tylko umów wcześniejszych. Łączna wartość umów w kontrolowanych zakresach świadczeń zdrowotnych wyniosła 15.915,9 tys. zł. Podjęcie kontroli doraźnych uzasadniano: koniecznością weryfikacji świadczeniodawców w zakresie personelu, organizacji i dostępności udzielania świadczeń, dokumentacji medycznej, prowadzenia list oczekujących i pobierania opłat za gwarantowane świadczenia STM (m.in. z uwagi na składane skargi); brakami w sprawozdaniach przekazywanych do Oddziału; brakiem kontroli świadczeniodawcy od początku obowiązywania umowy; koniecznością sprawdzenia realizacji zaleceń pokontrolnych. W wyniku 70 kontroli w 52 przypadkach wydano zalecenia pokontrolne, a w dwóch rozwiązano umowy ze świadczeniodawcami. Ponadto zakwestionowano świadczenia o wartości 237,6 tys. zł i nałożono kary umowne w kwocie 64,4 tys. zł²⁵.

(dowód: akta kontroli str. 720-722, 770-781)

Na 2012 r. w rodzaju leczenie stomatologiczne zaplanowano 45 kontroli (w tym na okres od I do III kwartału – 30), które dotyczyły: w 35 przypadkach – świadczeniodawców do tej pory niekontrolowanych lub realizujących umowę po raz pierwszy (zakres OGL – 32; zakresy OGL i ORT – 2; zakresy OGL i OGL.18 – 1); w dwóch – sprawdzenia realizacji zaleceń pokontrolnych (zakres OGL); w 4 – skarg wniesionych do oddziału (zakres OGL); w jednym – umowy ze świadczeniodawcą służb mundurowych w zakresie OGL; w dwóch – umów w zakresie OGL.18; w jednym – umowy w zakresie ORT.

(dowód: akta kontroli str. 753-757)

W 2012 r. (do końca III kwartału) zakończono (przekazaniem wystąpienia pokontrolnego) 44 kontrole wykonania umów o udzielanie świadczeń STM (36 planowych i 8 doraźnych), w tym 25 kontroli dotyczyło umów na 2012 r., 14 kontroli – umów na 2012 r. i wcześniejszych, a 5 kontroli – tylko umów wcześniejszych. Łączna wartość umów w kontrolowanych zakresach świadczeń zdrowotnych wyniosła 15.391,2 tys. zł. Podjęcie kontroli doraźnych uzasadniano koniecznością weryfikacji świadczeniodawców w zakresie organizacji i dostępności udzielania świadczeń, stanu zatrudnienia oraz zasadności wypisywania bez

²⁵ W wartości zakwestionowanych świadczeń oraz nałożonych karach umownych nie uwzględniono kwot wynikających z kontroli nr 12/WSOZ-V-4-0943-30/STM/2011, odnośnie której postępowanie odwoławcze nie zakończyło się do dnia 29 listopada 2012 r.

refundacji recept na leki refundowane. W wyniku 44 kontroli w 36 przypadkach wydano zalecenia pokontrolne (nie wystąpiły przypadki rozwiązania umów ze świadczeniodawcami). Ponadto zakwestionowano świadczenia o wartości 111,0 tys. zł i nałożono kary umowne w kwocie 51,3 tys. zł²⁶.

(dowód: akta kontroli str. 722-723, 782-789)

W toku kontroli realizacji umów przeprowadzonych u świadczeniodawców w latach 2010–2012 najczęściej ustalano nieprawidłowości w zakresie kwalifikowania i sprawozdawania wykonanych świadczeń STM, prowadzenia dokumentacji medycznej, wypełniania obowiązków informacyjnych względem świadczeniobiorców, przekazywania do Oddziału zgłoszeń zmian dotyczących personelu lub harmonogramu pracy oraz zapewniania ciągłości ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 758-789)

Ustalone
nieprawidłowości

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

W 2010 r. nie wykonano 33,3%²⁷, a w 2011 r. – 8%²⁸ kontroli zaplanowanych na dany rok. Kierownik Działu Kontroli Realizacji Umów wyjaśnił, że niewykonanie w 2010 r. 15 zaplanowanych kontroli (14 w zakresie OGL i jednej w zakresie CHIR) było wynikiem uczestnictwa pracowników Sekcji Kontroli w Stomatologii w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń stomatologicznych (w 10 przypadkach), rozwiązania umów ze świadczeniodawcami przed 2010 r. (w trzech przypadkach), choroby członka zespołu kontrolującego (w jednym przypadku), braku zgody świadczeniodawcy na przeprowadzenie kontroli i rozwiązania umowy na jego wniosek (w jednym przypadku). Ponadto Kierownik Działu wyjaśnił, że niewykonanie w 2011 r. 4 zaplanowanych kontroli (dwóch w zakresie OGL i dwóch w zakresie OGL.18) było wynikiem uczestnictwa pracowników Sekcji Kontroli w Stomatologii w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń stomatologicznych (w trzech przypadkach) i braku możliwości skontaktowania się ze świadczeniodawcą (w jednym przypadku).

(dowód: akta kontroli str. 323-324, 714-719, 731-789)

1.5. Nadwykonanie oraz niewykonanie zakontraktowanych świadczeń stomatologicznych w latach 2010 – 2011

Opis stanu
faktycznego

W Oddziale sporządzono analizy wykonania świadczeń STM, będące podstawą zmniejszania lub zwiększania wartości umów w trakcie roku, a mianowicie:

- w grudniu 2010 r. przeprowadzono analizę wykonania świadczeń STM za 11 miesięcy 2010 r., która była podstawą propozycji podpisania tzw. aneksów zwiększających, przedstawionych 76 świadczeniodawcom (propozycje na łączną kwotę 716,7 tys. zł przyjęło 59 świadczeniodawców);
- w październiku 2011 r. przeprowadzono analizę wykonania świadczeń STM za trzy kwartały 2011 r., która była podstawą propozycji podpisania ze skutkiem od 1 października 2011 r. tzw. aneksów zmniejszających, przedstawionych 67 świadczeniodawcom (propozycje na łączną kwotę 1.393,1 tys. zł przyjęło 46 świadczeniodawców).

²⁶ W wartości zakwestionowanych świadczeń oraz nałożonych karach umownych nie uwzględniono kwot wynikających z kontroli nr 12/WSOZ-V-4-0941-14/STM/2012, odnośnie której postępowanie odwoławcze nie zakończyło się do dnia 29 listopada 2012 r.

²⁷ Nie wykonano 15 z 45 kontroli.

²⁸ Nie wykonano 4 z 45 kontroli (odnośnie jednej kontroli wszczętej w 2011 r. wystąpienie pokontrolne przekazano w 2012 r.)

Ponadto w kwietniu 2010 r. i w grudniu 2012 r. sporządzono analizy w celu monitoringu realizacji umów. Po zakończeniu roku 2010 i 2011, sporządzono również analizy wykonania umów, które wykorzystano przy zawieraniu ze świadczeniodawcami ugód lub aneksów ugodowych, dotyczących świadczeń ponadumownych.

(dowód: akta kontroli str. 61-74, 244-287, 806-807, 1058-1060, 1069-1079)

Odnosnie rozliczenia objętych roszczeniami świadczeń STM wykonanych w 2010 r. ponad limity określone w umowach, stosowano następujące zasady:

- finansowanie świadczeń w zakresie OGL, udzielonych przez danego świadczeniodawcę, wyłącznie poprzez przesunięcia środków z zakresów, w których nie wykonał on umowy, stosownie do § 14 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej²⁹ stanowiącego, że Fundusz jest zobowiązany do sfinansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym do kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy określonej w umowie, przy czym w umowie zawartej na więcej niż jeden zakres świadczeń dla danego rodzaju świadczeń, kwota zobowiązania stanowi sumę kwot zobowiązania w poszczególnych zakresach;
- finansowanie świadczeń w zakresach innych niż OGL w 100%;
- zrzeczenie się przez świadczeniodawców roszczeń wynikających z umowy stanowiącej podstawę zawarcia ugody.

Według stanu na dzień 26 stycznia 2011 r., w 2010 r. ponad limity określone w umowach wykonano 1.862,2 tys. świadczeń STM o wartości 2.020,4 tys. zł, w tym 1.784,6 tys. świadczeń o wartości 1.927,3 tys. zł w zakresie OGL; 67 świadczeń o wartości 201 zł w zakresie OGL.ZN; 10,4 tys. świadczeń o wartości 12,9 tys. zł w zakresie CHIR; 33,1 tys. świadczeń o wartości 39,3 tys. zł w zakresie ORT i 34,1 tys. świadczeń o wartości 40,6 tys. zł w zakresie PROT. Świadczeniodawcy wystąpili do Oddziału o zapłatę za świadczenia wykonane w 2010 r. ponad limity określone w umowach w 72 przypadkach, z czego pozytywnie załatwiono 64, zawierając ugody pozasądowe. W związku z powyższym Oddział zapłacił 327,3 tys. zł za 294,5 tys. świadczeń wykonanych ponad limity, w tym w zakresie OGL – 235,4 tys. zł za 217,9 tys. świadczeń, w zakresie OGL.ZN – 201 zł za 67 świadczeń, w zakresie CHIR – 12,8 tys. zł za 10,3 tys. świadczeń, w zakresie ORT – 38,2 tys. zł za 32,1 tys. świadczeń i w zakresie PROT – 40,6 tys. zł za 34,1 tys. świadczeń. Przy zapłacie za powyższe świadczenia stosowano ceny wynikające z zawartych umów. Średnia cena za świadczenie w zakresie OGL wyniosła 1,08 zł, w zakresie OGL.ZN – 3 zł, w zakresie CHIR – 1,25 zł, w zakresach ORT i PROT – 1,19 zł. Świadczeniodawcy zrzekli się roszczeń w kwocie 282,3 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 11-12, 25-26, 72-74, 271, 313)

Odnosnie rozliczenia objętych roszczeniami świadczeń STM wykonanych w 2011 r. ponad limity określone w umowach, stosowano następujące zasady:

- finansowanie świadczeń w zakresach OGL.ZN, CHIR, ORT i PROT w 100%;
- finansowanie świadczeń w innych niż ww. zakresach, udzielonych przez danego świadczeniodawcę, wyłącznie poprzez przesunięcia środków z zakresów, w których nie wykonał on umowy, stosownie do § 14 rozporządzenia MZ w sprawie ogólnych warunków umów;
- zrzeczenie się przez świadczeniodawców roszczeń z tytułu wszystkich zrealizowanych, a nie sfinansowanych świadczeń zdrowotnych.

²⁹ Dz. U. nr 81, poz. 484.

Według stanu na dzień 24 stycznia 2012 r., w 2011 r. ponad limity określone w umowach wykonano 1.658,9 tys. świadczeń STM o wartości 1.838,2 tys. zł, w tym 1.283,9 tys. świadczeń o wartości 1.376,9 tys. zł w zakresie OGL; 7,2 tys. świadczeń o wartości 7,5 tys. zł w zakresie OGL.18; 3,5 tys. świadczeń o wartości 10,6 tys. zł w zakresie OGL.ZN; 222,2 tys. świadczeń o wartości 274,1 tys. zł w zakresie CHIR; 91,0 tys. świadczeń o wartości 108,2 tys. zł w zakresie ORT; 50,8 tys. świadczeń o wartości 60,4 tys. zł w zakresie PROT i 369 świadczeń o wartości 461,25 zł w zakresie PROT.CHIR. Świadczeniodawcy wystąpili do Oddziału o zapłatę za świadczenia wykonane w 2011 r. ponad limity określone w umowach w 104 przypadkach, z czego pozytywnie załatwiono 94, zawierając „aneks ugodowy” lub ugody pozasądowe³⁰. W związku z powyższym Oddział zapłacił 690,4 tys. zł za 585,5 tys. świadczeń wykonanych ponad limity, w tym w zakresie OGL – 193,8 tys. zł za 181,4 tys. świadczeń, w zakresie OGL.18 – 4,7 tys. zł za 4,4 tys. świadczeń, w zakresie OGL.ZN – 10,6 tys. zł za 3,5 tys. świadczeń, w zakresie CHIR – 312,8 tys. zł za 254,5 tys. świadczeń, w zakresie ORT – 107,7 tys. zł za 90,5 tys. świadczeń, w zakresie PROT – 60,4 tys. zł za 50,7 tys. świadczeń i w zakresie PROT.CHIR – 461,25 zł za 369 świadczeń. Przy zapłacie za powyższe świadczenia stosowano ceny wynikające z zawartych umów. Średnia cena za świadczenie w zakresie OGL wyniosła 1,07 zł, w zakresie OGL.18 – 1,08 zł, w zakresie OGL.ZN – 3 zł, w zakresie CHIR – 1,23 zł, w zakresach ORT i PROT – 1,19 zł, a w zakresie PROT.CHIR – 1,25 zł. Świadczeniodawcy rzekli się roszczeń w kwocie 153,9 tys. zł.

(dowód: akta kontroli str. 11-12, 25-26, 66-70, 286, 793)

Według stanu na 26 stycznia 2011 r., wartość niewykonanych w 2010 r. świadczeń wyniosła 4.403,3 tys. zł (2,4% wartości kontraktów), w tym w zakresie OGL – 1.893,4 tys. zł (1,2% wartości kontraktów), w zakresie OGL.18 – 118,0 tys. zł (11,6% wartości kontraktów), w zakresie OGL.ZN – 894,0 tys. zł (33,1% wartości kontraktów), w zakresie CHIR – 399,5 tys. zł (5,5% wartości kontraktów), w zakresie ORT – 499,2 tys. zł (4,4% wartości kontraktów), w zakresie PROT – 223,7 tys. zł (4,7% wartości kontraktów), w zakresie PROT.CHIR – 14,7 tys. zł (45,1% wartości kontraktów), w zakresie PROG.ORT – 360,9 tys. zł (36,6% wartości kontraktów).

Według stanu na 24 stycznia 2012 r., wartość niewykonanych w 2011 r. świadczeń wyniosła 2.041,4 tys. zł (1% wartości kontraktów), w tym w zakresie OGL – 1.546,3 tys. zł (0,9% wartości kontraktów), w zakresie OGL.18 – 89,5 tys. zł (5,0% wartości kontraktów), w zakresie OGL.ZN – 0,9 tys. zł (0,0% wartości kontraktów), w zakresie CHIR – 102,2 tys. zł (1,5% wartości kontraktów), w zakresie ORT – 185,7 tys. zł (1,9% wartości kontraktów), w zakresie PROT – 86,7 tys. zł (1,8% wartości kontraktów), w zakresie PROT.CHIR – 0,1 tys. zł (0,9% wartości kontraktów), w zakresie PROG.ORT – 30 tys. zł (4,6% wartości kontraktów).

(dowód: akta kontroli str. 794)

Jak wyjaśnił Dyrektor Oddziału „W sytuacjach niskiego poziomu realizacji świadczeń Oddział zwraca się do świadczeniodawcy o wyjaśnienie zaistniałej sytuacji. W oparciu o zapisy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniodawcy pismem są wzywani do realizacji świadczeń zgodnie z zawartą umową. O ile jest to nieskuteczne dochodzi do rozwiązania umowy [...] Środki finansowe uzyskane w ramach zmniejszenia wartości zawartych umów w rodzaju leczenie stomatologiczne przede wszystkim przeznaczone są na sfinansowanie świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowach w leczeniu stomatologicznym.”

³⁰ Ugoda była zawierana w przypadku wygaśnięcia umowy wieloletniej.

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, działalność w badanym obszarze.

2. Dostęp do usług stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych

Opis stanu
faktycznego

Na lata 2010–2012 zakontraktowano odpowiednio 166.812,4 tys., 185.625,1 tys. i 187.457,3 tys. świadczeń STM³¹, co stanowiło 73,6%; 81,9% i 82,7% tych świadczeń zakontraktowanych na 2009 r. Liczba świadczeń przypadająca na jednego mieszkańca województwa³² (zwana dalej wskaźnikiem dostępności) wyniosła: 35,98 w 2010 r.; 40,12 w 2011 r. i 40,52 w 2012 r., co stanowiło odpowiednio 73,7%; 82,2% i 83,0% wskaźnika dostępności do świadczeń w 2009 r.

(dowód: akta kontroli str. 298-310, 1068)

I. Postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie w latach 2008–2010 świadczeń STM w zakresie OGL przeprowadzano na obszar całego województwa śląskiego, a postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie tych świadczeń w latach 2011–2013 – na obszary 36 powiatów lub miast na prawach powiatów (zwanym dalej powiatami). Ponadto, w latach 2008–2012 przeprowadzano postępowania na obszary poszczególnych miejscowości. Na lata 2010–2012 zakontraktowano odpowiednio 145.866,7 tys., 165.245,7 tys. i 166.379,8 tys. świadczeń w zakresie OGL, co stanowiło 71,0%; 80,5% i 81,0% tych świadczeń zakontraktowanych na 2009 r. Liczba świadczeń przypadająca na jednego mieszkańca województwa wyniosła: 31,46 w 2010 r.; 35,72 w 2011 r. i 35,96 w 2012 r., co stanowiło odpowiednio 71,1%; 80,7% i 81,3% wskaźnika dostępności do świadczeń w 2009 r. Świadczenia w zakresie OGL zakontraktowano na terenie wszystkich 36 powiatów. W 2010 r. najwyższy wskaźnik dostępności do tych świadczeń wystąpił w Częstochowie (44,61), Bielsku-Białej (41,37) i Dąbrowie Górniczej (40,16), a najniższy – w powiecie pszczyńskim (21,28), powiecie kłobuckim (21,59) i powiecie rybnickim (21,66). W 2011 r. najwyższy wskaźnik dostępności do świadczeń wystąpił w Częstochowie (47,42), Siemianowicach Śląskich (47,33) i Bielsku-Białej (44,89), a najniższy – w powiecie rybnickim (25,73), Świętochłowicach (27,11) i powiecie pszczyńskim (29,68). W 2012 r. najwyższy wskaźnik dostępności do świadczeń wystąpił w Siemianowicach Śląskich (50,64), Częstochowie (48,41) i Bielsku-Białej (44,86), a najniższy – w powiecie rybnickim (25,04), Świętochłowicach (27,11) i Mysłowicach (28,51).

(dowód: akta kontroli str. 6-9, 298, 1068)

II. Postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie w latach 2008–2010 świadczeń STM w zakresach OGL.18, OGL.ZN, CHIR, ORT, PROT i POM.DOR przeprowadzano na obszar całego województwa śląskiego, a postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie tych świadczeń w latach 2011–2013 – na obszary 4 subregionów (centralny, zachodni, północny i południowy). Ponadto, w latach 2008–2012 przeprowadzano postępowania na obszary poszczególnych miejscowości.

(dowód: akta kontroli str. 6-9)

³¹ Dane na dzień 22 listopada 2012 r.

³² Dane na koniec roku 2009, 2010 i 2011 wynikające z publikacji zamieszczonych na stronie internetowej Głównego Urzędu Statystycznego (*Ludność, ruch naturalny i migracje w województwie śląskim w 2009 r.*, *Ludność, ruch naturalny i migracje w województwie śląskim w 2010 r.*, *Ludność w gminach według stanu w dniu 31.12.2011 r.*) oraz dane na koniec roku 2009, 2010, 2011 oraz na dzień 31 października 2012 r. według Centralnego Wykazu Ubezpieczonych.

1) Na lata 2010–2012 zakontraktowano odpowiednio 907,0 tys., 1.618,7 tys. i 2.057,4 tys. świadczeń w zakresie OGL.18, co stanowiło 86,5%; 154,4% i 196,3% świadczeń zakontraktowanych na 2009 r. Wskaźnik dostępności na obszarze województwa wyniósł 1,19 w 2010 r.; 2,16 w 2011 r. i 2,77 w 2012 r., co stanowiło odpowiednio 87,7%; 158,6% i 203,2% tego wskaźnika w 2009 r. Udzielanie świadczeń zakontraktowano w subregionie centralnym na obszarze Bytomia, Dąbrowy Górniczej, Katowic, Rudy Śląskiej i Zabrze; w subregionie zachodnim – na obszarze powiatu rybnickiego i wodzisławskiego; w subregionie północnym – w Częstochowie oraz powiecie lublińskim i myszkowskim; w subregionie południowym – w powiecie bielskim i żywieckim. W subregionie centralnym wskaźniki dostępności do świadczeń wyniosły, w latach objętych kontrolą, odpowiednio 0,92; 1,19 i 1,47; a w subregionie północnym – 5,03; 7,36 i 9,13. W subregionie południowym i zachodnim nie zakontraktowano świadczeń na 2010 r., natomiast w latach 2011–2012 wskaźniki dostępności w pierwszym z ww. regionów wyniosły odpowiednio 1,91 i 3,04, a w drugim – 1,40 i 1,69.

(dowód: akta kontroli str. 299, 310)

2) Na lata 2010–2012 zakontraktowano odpowiednio 659,2 tys., 600,3 tys. i 690,0 tys. świadczeń w zakresie OGL.ZN, co stanowiło 68,0%; 61,9% i 71,2% świadczeń zakontraktowanych na 2009 r. Wskaźnik dostępności na obszarze województwa wyniósł 0,14 w 2010 r.; 0,13 w 2011 r. i 0,15 w 2012 r., co stanowiło odpowiednio 68,1%; 62,1% i 71,4% tego wskaźnika w 2009 r. Udzielanie świadczeń zakontraktowano w subregionie centralnym na obszarze Katowic, Chorzowa i Rudy Śląskiej; w subregionie północnym – na obszarze Częstochowy; w subregionie południowym – na obszarze Bielska-Białej. W subregionie centralnym wskaźniki dostępności do świadczeń wyniosły, w latach objętych kontrolą, odpowiednio 0,15; 0,17 i 0,19; w subregionie północnym – 0,15; 0,08 i 0,15; w południowym – 0,23; 0,14 i 0,14. W subregionie zachodnim nie zakontraktowano świadczeń w zakresie OGL.ZN.

(dowód: akta kontroli str. 300, 1068)

3) Na lata 2010–2012 zakontraktowano odpowiednio 5.727,1 tys., 5.864,5 tys. i 5.916,3 tys. świadczeń w zakresie CHIR, co stanowiło 105,8%; 108,4% i 109,3% świadczeń zakontraktowanych na 2009 r. Wskaźnik dostępności na obszarze województwa wyniósł 1,24 w 2010 r.; 1,27 w 2011 r. i 1,28 w 2012 r., co stanowiło odpowiednio 105,9%; 108,7% i 109,7% tego wskaźnika w 2009 r. Udzielanie świadczeń zakontraktowano w subregionie centralnym na obszarze powiatu będzińskiego oraz Bytomia, Dąbrowy Górniczej, Gliwic, Katowic, Rudy Śląskiej, Siemianowic Śląskich, Sosnowca, Tychów i Zabrze; w subregionie zachodnim – na obszarze Rybnika; w subregionie północnym – w Częstochowie i powiecie częstochowskim; w subregionie południowym – w Bielsku-Białej i powiecie żywieckim. W subregionie centralnym wskaźniki dostępności do świadczeń wyniosły w latach objętych kontrolą odpowiednio 1,50; 1,59 i 1,59; w subregionie północnym – 1,59; 1,38 i 1,42; w południowym – 0,73; 0,80 i 0,84; w subregionie zachodnim – 0,31; 0,28 i 0,28.

(dowód: akta kontroli str. 302, 1068)

4) Na lata 2010–2012 zakontraktowano odpowiednio 9.608,5 tys., 8.291,6 tys. i 8.428,2 tys. świadczeń w zakresie ORT, co stanowiło 97,3%; 84,0% i 85,4% świadczeń zakontraktowanych na 2009 r. Wskaźnik dostępności na obszarze województwa wyniósł 12,64 w 2010 r.; 11,06 w 2011 r. i 11,33 w 2012 r., co stanowiło odpowiednio 98,6%; 86,3% i 88,4% tego wskaźnika w 2009 r. Udzielanie świadczeń zakontraktowano w subregionie centralnym na obszarze powiatu gliwickiego, mikołowskiego, tarnogórskiego i zawierciańskiego oraz Bytomia, Chorzowa, Gliwic, Jaworzna, Katowic, Mysłowic, Rudy Śląskiej, Siemianowic

Śląskich, Sosnowca, Świętochłowic, Tychów i Zabrze; w subregionie zachodnim – na obszarze Rybnika i Żor; w subregionie północnym – w Częstochowie oraz powiecie kłobuckim i myszkowskim; w subregionie południowym – w Bielsku-Białej oraz powiecie pszczyńskim i żywieckim. W subregionie północnym wskaźniki dostępności do świadczeń wyniosły, w latach objętych kontrolą, odpowiednio 22,07; 19,95 i 20,09; w subregionie centralnym – 14,11; 12,26 i 13,07; w subregionie południowym – 8,28; 7,51 i 8,05. W subregionie zachodnim nie zakontraktowano świadczeń na 2012 r., natomiast w latach 2010 – 2011 wskaźniki dostępności wynosiły odpowiednio 2,79 i 1,95.

(dowód: akta kontroli str. 303, 310)

5) Na lata 2010–2012 zakontraktowano odpowiednio 4.027,5 tys., 3.989,7 tys. i 3.976,2 tys. świadczeń w zakresie PROT, co stanowiło 103,6%; 102,6% i 102,2% świadczeń zakontraktowanych na 2009 r. Wskaźnik dostępności na obszarze województwa wyniósł 0,87 w 2010 r.; 0,86 w 2011 r. i 0,86 w 2012 r., co stanowiło odpowiednio 103,7%; 102,9% i 102,6% tego wskaźnika w 2009 r. Udzielanie świadczeń zakontraktowano w subregionie centralnym na obszarze powiatu będzińskiego, gliwickiego i tarnogórskiego oraz w Bytomiu, Chorzowie, Dąbrowie Górniczej, Gliwicach, Jaworznie, Katowicach, Rudzie Śląskiej, Siemianowicach Śląskich, Sosnowcu, Tychach i Zabrzu; w subregionie zachodnim – na obszarze Rybnika i powiatu raciborskiego; w subregionie północnym – w Częstochowie i powiecie częstochowskim; w subregionie południowym – w Bielsku-Białej oraz powiatach bielskim, cieszyńskim i żywieckim. W subregionie centralnym wskaźniki dostępności do świadczeń wyniosły, w latach objętych kontrolą, odpowiednio 1,10; 1,02 i 1,00; w subregionie północnym – 0,77; 0,70 i 0,74; w południowym – 0,41; 0,80 i 0,82; w subregionie zachodnim – 0,43; 0,42 i 0,42.

(dowód: akta kontroli str. 304, 1068)

6) Na lata 2009–2010 nie zakontraktowano świadczeń w zakresie POM.DOR, natomiast na lata 2011–2012 zakontraktowano odpowiednio 0,9 tys. i 1,4 tys. tych świadczeń. Wskaźnik dostępności na obszarze województwa wyniósł 0,0002 w 2011 r., a 0,0003 w 2012 r. Udzielanie świadczeń zakontraktowano w subregionie centralnym na obszarze Dąbrowy Górniczej i powiatu będzińskiego; w subregionie zachodnim – na obszarze powiatu rybnickiego; w subregionie północnym – na obszarze Częstochowy; natomiast w subregionie południowym nie zakontraktowano świadczeń w zakresie POM.DOR. W subregionie centralnym wskaźniki dostępności do świadczeń wyniosły w latach 2011–2012 odpowiednio 0,0002 i 0,0002; w subregionie zachodnim – 0,0003 i 0,0007; w subregionie północnym – 0,0003 i 0,0008.

(dowód: akta kontroli str. 306, 1068)

III. Postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie w latach 2008–2010 i 2011–2013 świadczeń STM w zakresach GR.RYZ, PROT.CHIR i PROG.ORT przeprowadzano na obszar całego województwa śląskiego.

(dowód: akta kontroli str. 6-9)

1) Na lata 2010–2012 nie zakontraktowano świadczeń w zakresie GR.RYZ.

(dowód: akta kontroli str. 301)

2) Na lata 2010–2012 zakontraktowano odpowiednio 14,4 tys., 11,6 tys. i 5,5 tys. świadczeń w zakresie PROT.CHIR, co stanowiło 155,4%; 125,3% i 59,0% świadczeń zakontraktowanych na 2009 r. Wskaźnik dostępności na obszarze województwa wyniósł 0,0031 w 2010 r.; 0,0025 w 2011 r. i 0,0012 w 2012 r., co stanowiło odpowiednio 155,5%; 125,7% i 59,2% tego wskaźnika w 2009 r. Świadczeń w zakresie PROT.CHIR udzielano, w okresie objętym kontrolą, tylko na terenie Zabrze.

(dowód: akta kontroli str. 305, 1068)

3) Na lata 2010–2012 zakontraktowano odpowiednio 2,1 tys., 2,1 tys. i 2,4 tys. świadczeń w zakresie PROG.ORT, co stanowiło 58,7%; 58,6% i 68,4% świadczeń zakontraktowanych na 2009 r. Wskaźnik dostępności na obszarze województwa wyniósł 0,0028 w 2010 r.; 0,0028 w 2011 r. i 0,0033 w 2012 r., co stanowiło odpowiednio 59,5%; 60,2% i 70,9% tego wskaźnika w 2009 r. Świadczeń w powyższym zakresie udzielano w latach 2010–2012 na terenie Zabrza, a w 2010 r. – również w Bytomiu.

(dowód: akta kontroli str. 309-310)

Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że niezapewnienie świadczeń na danym obszarze kontraktowania (w subregionie lub w przypadku zakresu GR.RYZ w województwie) było spowodowane brakiem chętnych świadczeniodawców, którzy nie przystępowali do ogłaszanych postępowań w sprawie zawarcia umów w poszczególnych zakresach świadczeń STM.

(dowód: akta kontroli str. 807-808, 1065-1067)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia zapewnienie przez Oddział dostępu do świadczeń STM w zakresach OGL, CHIR, PROT, PROT.CHIR i PROG.ORT na wszystkich obszarach kontraktowania. Z uwagi na brak chętnych świadczeniodawców, w żadnym subregionie nie zakontraktowano świadczeń w zakresie POM.DOR w 2010 r. oraz w zakresie GR.RYZ w latach 2010–2012. Ponadto, w subregionie zachodnim nie zakontraktowano świadczeń w zakresach: OGL.18 – w 2010 r., OGL.ZN – w latach 2010–2012 i ORT – w 2012 r., a w subregionie południowym nie zakontraktowano świadczeń w zakresach: OGL.18 – w 2010 r. i POM.DOR – w latach 2011–2012.

3. Profilaktyczna opieka stomatologiczna nad dziećmi i młodzieżą

3.1. Organizowanie, finansowanie i kontrolowanie realizacji zadań z zakresu profilaktycznej opieki stomatologicznej nad dziećmi i młodzieżą

Opis stanu faktycznego

Z zakresu profilaktyki chorób jamy ustnej adresowanej do dzieci i młodzieży Oddział organizował, finansował i kontrolował udzielanie świadczeń STM, określonych:

- w załączniku nr 10 i 11 do rozporządzenia MZ w sprawie świadczeń STM, tj. profilaktycznych świadczeń STM dla dzieci do ukończenia 6. roku życia oraz profilaktycznych świadczeń STM dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19. roku życia;
- w załączniku nr 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej³³, tj. grupowej profilaktyki fluorkowej metodą nadzorowanego szczotkowania zębów preparatami fluorkowymi, prowadzonej przez pielęgniarkę lub higienistkę szkolną (zwaną dalej pielęgniarką szkolną) w środowisku nauczania i wychowania.

Oddział nie miał informacji o organizowanych i finansowanych przez samorząd terytorialny programach profilaktycznych kierowanych do dzieci i młodzieży.

(dowód: akta kontroli str. 12, 26, 192, 225)

³³ Dz. U. nr 139, poz. 1139 ze zm.

I. W okresie objętym kontrolą podstawowe kwestie związane z organizowaniem profilaktycznych świadczeń STM dla dzieci i młodzieży były uregulowane w zarządzeniach Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju leczenie stomatologiczne³⁴. Zgodnie z tymi zarządzeniami profilaktyczne świadczenia stomatologiczne dla dzieci do ukończenia 6. roku życia oraz profilaktyczne świadczenia stomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19. roku życia są udzielane w ramach zakresów OGL i OGL.18. W celu zawarcia na różne okresy w latach 2008–2010 (obejmujące 2010 r.) i w latach 2011–2013 (obejmujące 2011 r. lub 2012 r.) umów o udzielanie świadczeń STM w zakresie OGL, przeprowadzono 72 konkursy i 11 rokowań (wybrano łącznie 2325 ofert), a w zakresie OGL.18 – 8 konkursów (wybrano łącznie 27 ofert).

(dowód: akta kontroli str. 6-9, 139-141, 145-148)

Świadczeniodawcy udzielili 5,8 tys. w 2010 r.³⁵, 8,5 tys. w 2011 r.³⁶ i 5,3 tys. w okresie od I do III kwartału 2012 r.³⁷ profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19. roku życia, o wartości odpowiednio 333,6 tys. zł, 479,4 tys. zł i 307,5 tys. zł³⁸. Za udzielenie profilaktycznych świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19. roku życia Oddział zapłacił odpowiednio 331,4 tys. zł, 477,2 tys. zł i 287 tys. zł³⁹. Świadczeniami tymi objęto 5,6 tys. dzieci i młodzieży w 2010 r., 8,4 tys. w 2011 r., i 4,9 tys. w okresie od I do III kwartału 2012 r., co stanowiło odpowiednio 0,7%; 1,0% i 0,6% osób do ukończenia 19. roku życia z obszaru województwa śląskiego⁴⁰.

(dowód: akta kontroli str. 149-151, 310, 725, 819-820)

Kontrole dotyczące udzielania świadczeń, m.in. w zakresach OGL lub OGL.18 szczegółowo opisano w pkt 1.4.

II. W okresie objętym kontrolą kwestie związane z organizowaniem i finansowaniem świadczeń pielęgniarstwa szkolnego były uregulowane w zarządzeniach Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna⁴¹. Zgodnie z tymi zarządzeniami umowę o udzielanie świadczeń przez pielęgniarkę szkolną Oddział zawiera na wniosek świadczeniodawcy, po pozytywnej ocenie tego wniosku. W 2010 r. obowiązywały 272 umowy zawarte przez Oddział w powyższym zakresie, w 2011 r. – 276 umów, a w okresie od I do III kwartału 2012 r. – 272 umowy. Zgodnie z obowiązującymi zarządzeniami Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, należność za prowadzenie grupowej profilaktyki fluorkowej stanowi iloczyn liczby uczniów objętych profilaktyką fluorkową i stawki miesięcznej (tj. 1/12 kapitałowej stawki rocznej wynoszącej 3,60 zł w 2010 r. i 5,40 zł w latach 2011–2012). Oddział ustalał liczbę świadczeniobiorców na podstawie listy uczniów objętych profilaktyką fluorkową w szkole, przekazywanej przez świadczeniodawcę do 7 dnia danego miesiąca. Za grupową profilaktykę fluorkową w latach 2010–2012 (od I do III kwartału) Oddział zapłacił odpowiednio 759,2 tys. zł, 1.131,5 tys. zł, i 861,3 tys. zł⁴². Świadczeniami tymi objęto 257,7 tys. dzieci

³⁴ Zarządzenia nr 59/2009/DSOZ z dnia 2 listopada 2009 r. i nr 55/2010/DSOZ z dnia 14 września 2010 r.

³⁵ W tym 3389 świadczeń dotyczyło dzieci do ukończenia 6. roku życia, a 2384 – dzieci i młodzieży od 7. do 19. roku życia.

³⁶ W tym 4264 świadczeń dotyczyło dzieci do ukończenia 6. roku życia, a 4269 – dzieci i młodzieży od 7. do 19. roku życia.

³⁷ W tym 3099 świadczeń dotyczyło dzieci do ukończenia 6. roku życia, a 2213 – dzieci i młodzieży od 7. do 19. roku życia.

³⁸ Stan na 9 listopada 2012 r.

³⁹ Stan na 9 listopada 2012 r.

⁴⁰ Liczba dzieci i młodzieży do ukończenia 19. roku życia w województwie śląskim według danych z Centralnego Wykazu Ubezpieczonych.

⁴¹ Zarządzenia nr 72/2009/DSOZ z dnia 3 listopada 2009 r., nr 74/2010/DSOZ z dnia 1 grudnia 2010 r. i nr 85/2011/DSOZ z dnia 17 listopada 2011 r.

⁴² Stan na 3 grudnia 2012 r.

w 2010 r., 258,8 tys. dzieci w 2011 r. i 248,0 tys. dzieci w okresie od I do III kwartału 2012 r., co stanowiło odpowiednio 89,5%; 91,5% i 89,2% dzieci w wieku od 7 do 13 lat w województwie śląskim⁴³.

(dowód: akta kontroli str. 192, 226, 713, 800)

W latach 2010–2012 przeprowadzono 4 kontrole wykonania umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie świadczeń pielęgniarstwa szkolnego. W powyższych przypadkach wydano zalecenia pokontrolne oraz nałożono kary umowne w łącznej kwocie 397,79. zł.

(dowód: akta kontroli str. 801)

3.2. Przekazywanie wojewodzie danych w zakresie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w środowisku nauczania i wychowania

Opis stanu faktycznego

Oddział przekazał Wydziałowi Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego dane, o których mowa w § 11 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą⁴⁴ (nazwę i adres świadczeniodawcy, liczbę uczniów objętych przez niego profilaktyczną opieką zdrowotną oraz miejsca udzielania uczniom profilaktycznych świadczeń opieki zdrowotnej) w dniach 31 marca 2010 r. (według stanu na 28 lutego 2010 r.), 13 kwietnia 2011 r. (według stanu na 1 marca 2011 r.) i 5 kwietnia 2012 r. (według stanu na 1 lutego 2012 r.). W powyższych informacjach wykazano odpowiednio:

- 267 świadczeniodawców, którzy objęli profilaktyczną opieką zdrowotną sprawowaną przez pielęgniarkę szkolną 564,4 tys. uczniów w 2,6 tys. szkołach;
- 264 świadczeniodawców, którzy objęli profilaktyczną opieką zdrowotną sprawowaną przez pielęgniarkę szkolną 531,1 tys. uczniów w 2,5 tys. szkołach;
- 270 świadczeniodawców, którzy objęli profilaktyczną opieką zdrowotną sprawowaną przez pielęgniarkę szkolną 535,5 tys. uczniów w 2,5 tys. szkołach.

(dowód: akta kontroli str. 325-330, 801)

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność w badanym obszarze.

IV. Uwagi i 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 Kontroli⁴⁵, wnosi o:

1. zawieranie umów ze świadczeniodawcami wybranymi w konkursie ofert po rozpatrzeniu przez Dyrektora Oddziału wszystkich odwołań dotyczących jego rozstrzygnięcia;
2. prowadzenie postępowań konkursowych w sposób zapewniający równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców oraz gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji, w tym jasne określenie wymogów koniecznych, obowiązujących przez cały okres prowadzenia postępowania oraz stosowanie jednolitych zasad oceny spełniania tych wymogów;

⁴³ Liczba dzieci w wieku od 7 do 13 lat w województwie śląskim według danych z Centralnego Wykazu Ubezpieczonych.

⁴⁴ Dz. U. nr 139, poz. 1133.

⁴⁵ Dz.U. z 2012 r., poz.82

3. planowanie kontroli wykonania umów z uwzględnieniem możliwości zasobów kadrowych Oddziału.

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 Katowicach.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK proszę o poinformowanie Najwyższej Izby Kontroli Delegatury w Katowicach, w terminie 14 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.

Katowice, dnia 4 stycznia 2013 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Katowicach

Dyrektor
Edmund Sroka