



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Łodzi

LLO-4114-01-01/2012
II/12/001

Łódź, dnia 06 czerwca 2012 r.

Pan
Jan Wojciech Bieńkiewicz
Dyrektor
Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Szanowny Panie Dyrektorze

Na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli¹, zwanej dalej „ustawą o NIK”, Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Łodzi skontrolowała w Łódzkim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanym dalej „ŁOW NFZ”, przebieg procesu kontraktowania świadczeń medycznych na rok 2012 i lata następne w rodzajach: ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz rehabilitacja lecznicza. Badaniami kontrolnymi objęto także postępowania prowadzone w celu zawarcia umów z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego, w pięciu rejonach operacyjnych ustalonych wojewódzkim planem działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz proces kontraktowania świadczeń w zakresie szpitalnych oddziałów ratunkowych.

W związku z wynikami kontroli, przedstawionymi w protokole kontroli podpisanym w dniu 21 maja 2012 r. - Najwyższa Izba Kontroli, stosownie do art. 60 ustawy o NIK, przekazuje Panu Dyrektorowi niniejsze wystąpienie pokontrolne.

Najwyższa Izba Kontroli nie wnosi istotnych uwag do działań ŁOW NFZ w zakresie postępowań na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzajach ratownictwo medyczne oraz szpitalne oddziały ratunkowe. Negatywnie natomiast NIK oceniła kontraktowanie świadczeń w rodzajach ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS) oraz rehabilitacja lecznicza. Powyższe oceny uzasadniają następujące ustalenia kontroli:

1. Umowy na świadczenia zdrowotne zawarte na okres wieloletni wygasły z dniem 31 grudnia 2011 r. Prezes NFZ pismem z dnia 20 października 2011 r. poinformował dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ, że „ewentualne wnioski o zgodę na aneksowanie aktualnie realizowanych umów na okres powyżej trzech lat,

¹ Dz. U. z 2012 r., poz. 82

uzasadniane zmianami rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych, będą rozpatrywane negatywnie". Zgodnie zatem z art. 139 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych², zwanej dalej „ustawą o świadczeniach zdrowotnych”, zawarcie nowych umów przez ŁOW NFZ poprzedzone zostało stosownymi postępowaniami, jednakże w ocenie NIK ogłoszenie tych postępowań nastąpiło w terminie uniemożliwiającym zawarcie umów z wybranymi świadczeniodawcami do końca 2011 r. Publikacja ogłoszeń o wdrożeniu postępowań na udzielanie od 1 stycznia 2012 r. świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju AOS nastąpiła bowiem dopiero od 8 listopada 2011 r., zaś postępowań w rodzaju rehabilitacja lecznicza od 18 października 2011 r. Uwzględniając sposób prowadzenia postępowań i terminy wynikające z § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r.³, rzeczywisty czas na ocenę złożonych ofert od momentu otwarcia do ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowań dla ww. rodzajów wynosił od pięciu tygodni (dla rehabilitacji leczniczej) do zaledwie dwóch tygodni (dla AOS). W tak krótkim czasie sześć komisji konkursowych przeprowadziło łącznie 617 postępowań w rodzaju AOS, dokonując oceny 2218 ofert złożonych na 2481 miejsc udzielania świadczeń, z tego 614 nowych miejsc. W rodzaju rehabilitacja lecznicza wyboru świadczeniodawców dokonywały cztery komisje konkursowe w 126 postępowaniach. Łącznie oceniły one 552 oferty złożone na 576 miejsc udzielania świadczeń, z tego 155 nowych miejsc.

Terminy ogłoszenia przez Dyrektora ŁOW NFZ postępowań w ww. zakresach uzależnione były od terminów publikacji przez Prezesa NFZ zarządzeń w sprawie kryteriów oceny ofert oraz warunków zawierania i realizacji umów w poszczególnych rodzajach. Według Prezesa NFZ, na przygotowanie i przebieg kontraktowania świadczeń na rok 2012 miało z kolei wpływ szereg nowych regulacji i uwarunkowań. Przede wszystkim uchwalono nowe przepisy, których wdrożenie wymagało dodatkowych prac i modyfikacji dotychczasowych rozwiązań organizacyjnych i informatycznych. Ponadto na harmonogram prowadzenia konkursów ofert wpływ miały terminy publikacji zmian w rozporządzeniach tzw. „koszykowych”, które z kolei miały bezpośrednie przełożenie na terminy podpisywania przez Prezesa NFZ zarządzeń w sprawie przedmiotu postępowań w poszczególnych rodzajach świadczeń i kryteriów oceny ofert, a w konsekwencji na terminy ogłaszania i finalizowania postępowań przez oddziały wojewódzkie NFZ.

Prezes NFZ zaznaczył, że zarządzenie Nr 81/2011/DSOZ z dnia 4 listopada 2011 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju AOS oraz zarządzenie Nr 82/2011/DSOZ z dnia 4 listopada 2011 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (dotyczące AOS) zostały opublikowane następnego dnia po opublikowaniu w Dzienniku Ustaw Nr 235 z dnia 3 listopada 2011 r. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28

² Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokovaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań (Dz. U. nr 273 poz. 2719)

października 2011 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych⁴.

Postępowania w rodzaju AOS i rehabilitacja lecznicza rozstrzygnięto pomiędzy 14 a 30 grudnia 2011 r. Z uwagi na niemożność przygotowania umów na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na 2012 r., komunikatem z dnia 29 grudnia 2011 r. ŁOW NFZ poinformował, że świadczeniodawcy, których oferty zostały wybrane w postępowaniach konkursowych (rokowaniach) i znaleźli się w rozstrzygnięciu konkursu (rokowań) dotyczących danego zakresu świadczeń, mogą udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w tym zakresie od 1 stycznia 2012 r. Dodatkowo pismem z dnia 29 grudnia 2011 r. zapewnił Pan Dyrektor świadczeniodawców, iż informacja o rozstrzygnięciu i wybraniu oferenta w postępowaniu o zawarcie umów na udzielanie świadczeń jest podstawą do zawarcia przez ŁOW NFZ umowy z dniem 1 stycznia 2012 r. i prosił jednocześnie o zabezpieczenie świadczeń dla świadczeniobiorców od dnia 1 stycznia 2012 r.

2. Oceny ofert w ŁOW NFZ komisje konkursowe dokonywały w oparciu o Procedurę 5.9⁵. Stosownie jednak do decyzji Pana Dyrektora, nie wszystkie czynności wymagane Procedurą 5.9 podlegały wykonaniu, ponieważ zarządzeniem nr 198/11 z dnia 8 listopada 2011 r. wyraził Pan zgodę na odstępnie od stosowania Procedur 5.9 m.in. w zakresie:

- przeprowadzenia kontroli obligatoryjnej u podmiotów, które dotychczas nie miały zawartej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie, na który została złożona oferta,
- sprawdzenia powtarzalności personelu wykazanego w poszczególnych ofertach w relacji z pozostałymi,
- badania zgodności oświadczenia o wpisach do rejestru z danymi w publicznym rejestrze teleinformatycznym.

Zgodnie z zapisami Procedury 5.9 każdy z przypadków odstępstwa został uzasadniony, a o odstępstwach poinformował Pan Prezesa NFZ pismem z dnia 8 listopada 2011 r. Uzasadniając odstępstwa od przestrzegania wymogów procedury, zapowiedział Pan przeprowadzenie do końca I kwartału 2012 r. kontroli u wszystkich świadczeniodawców, z którymi po raz pierwszy zostaną zawarte umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w zakresie na jaki została złożona oferta. W ocenie Pana Dyrektora, wystąpiły przesłanki do zastosowania odstępstw, to jest sytuacja skutkująca zagrożeniem niedotrzymania terminów przy zawarciu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Również zdaniem Prezesa NFZ zastosowane odstępstwa nie naruszały powszechnie obowiązujących przepisów prawa, a w szczególności ustawy i właściwych aktów wykonawczych.

W I kwartale 2012 r. (do dnia 15 marca) ŁOW NFZ (łącznie z delegaturami) rozpoczął 205 kontroli, w tym 140 z zakresu AOS i 65 z zakresu rehabilitacji, a do dnia 27 marca 2012 r. przekazano świadczeniodawcom łącznie 22 wystąpienia pokontrolne, w tym 10 z zakresu AOS i 12 z zakresu rehabilitacji.

⁴ Dz. U. Nr 235 poz. 1394

⁵ Procedura konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nr 2011/001/BO/KONTR/5.9 z dnia 29 września 2011 r.

3. W ocenie NIK, nieprzeprowadzanie kontroli oferentów w celu porównania informacji zawartych w ofertach ze stanem faktycznym na etapie konkursu skutkowało m.in. zawarciem umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze świadczeniodawcami, którzy nie spełniali wymaganych bądź dodatkowo ocenianych warunków. Jak ustalono bowiem w toku kontroli, niektórzy oferenci podali w ofertach nieprawdziwe lub niezgodne ze stanem faktycznym dane lub informacje, wykazywali w ofertach sprzęt, którego nie posiadali w dniu złożenia oferty (w niektórych przypadkach nawet po podpisaniu umów) lub taki, który nie był dopuszczony do użytkowania przez właściwe organy.

W poddanych kontroli NIK 18 zakresach świadczeń medycznych realizowanych przez pięć podmiotów leczniczych pod kątem zgodności danych podawanych w ofertach ze stanem faktycznym, jako rzetelne NIK oceniła 11 złożonych ofert, w pozostałych siedmiu (39%) oferenci podali nieprawdziwe dane:

Oferta Chojeńskiego Centrum Ortopedyczno – Rehabilitacyjnego PRIMUS MEDICUS sp. z o.o. w Łodzi, złożona w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej, zawierała nieprawdziwe informacje dotyczące wymaganych warunków lokalizacyjnych poradni. Kontrola NIK przeprowadzona u tego świadczeniodawcy w lutym 2012 r. wykazała, że wbrew oświadczeniom zawartym w ankiecie ofertowej, o spełnieniu tych warunków w dniu złożenia oferty i spełnianiu ich od początku obowiązywania umowy, brak było zarówno podjazdu dla osób niepełnosprawnych, jak i dźwigu lub innego urządzenia technicznego (z wyjątkiem schodolazu) umożliwiających wjazd osobom niepełnosprawnym ruchowo, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich.

Również kontrola przeprowadzona przez NIK w styczniu 2012 r. w NZOZ Colmed s.c. w Łodzi, wykazała, że oferent podał nierzetelne informacje dotyczące warunków lokalowych, dodatkowo ocenianych przez ŁOW NFZ w postępowaniach w sprawie zawarcia umów w zakresach gruźlicy i chorób płuc, otolaryngologii oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu w poradni przy ul. Braterskiej. Wykazany w ofertach podjazd o nachyleniu nie większym niż 5% był gotowy do użytku dopiero w dniu 27 stycznia 2012 r. Także dopiero w trakcie kontroli NIK sporządzono harmonogram pracy lekarzy, w którym wykazano łącznie 13 lekarzy, w tym jedynie pięciu z ośmiu zgłoszonych w ofertach, nie wymieniono natomiast żadnej spośród sześciu pielęgniarek wskazanych w ofertach. Rozbieżności dotyczyły również faktycznych godzin pracy personelu medycznego w stosunku do wykazanego w ofertach NZOZ Colmed s.c. w Łodzi w zakresach: gruźlicy i chorób płuc, otolaryngologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu w poradni przy ul. Braterskiej. Ponadto, na dzień prowadzenia kontroli NIK, NZOZ Colmed s.c. nie spełniał zadeklarowanego w ofercie wymogu, że poradnia świadcząca usługi w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu przy ul. Braterskiej będzie czynna nie krócej niż trzy dni w tygodniu po cztery godziny dziennie. Według harmonogramu w poniedziałki poradnia pracowała cztery godziny, w środy osiem, zaś w piątki tylko trzy godziny.

Wartość kontraktów udzielonych w ww. zakresach w 2012 r. Chojeńskiemu Centrum Ortopedyczno – Rehabilitacyjnemu PRIMUS MEDICUS oraz Colmed s.c. wyniosła łącznie 559.924 zł.

Jako nierzetelne NIK oceniła także odpowiedzi ankietowe w odniesieniu do szczegółowych danych zawartych w ofertach: NZOZ Med-GASTR w Łodzi w zakresach: gastroenterologii oraz gastroenterologii dla dzieci oraz „Nowa” K. N., S. D. s.c. w Łodzi w zakresie dermatologii i wenerologii.

NIK przyjmuje do wiadomości wyjaśnienia Pana Dyrektora, iż w dniu kontroli przeprowadzonych przez ŁOW NFZ w lutym br. w Chojeńskim Centrum Ortopedyczno – Rehabilitacyjnym PRIMUS MEDICUS sp. z o.o. w Łodzi wzdłuż schodów był zamontowany dźwig krzesełkowy, a NZOZ Colmed przy ul. Braterskiej 25 posiadał wymagany podjazd. NIK wskazuje jednak, że spełnianie przedmiotowych warunków wymagane było na dzień złożenia oferty i od początku obowiązywania umowy, tak więc składając przedmiotowe oferty ww. świadczeniodawcy podali niezgodne ze stanem faktycznym dane, mogące mieć wpływ na wybór oferty i zawarcie umowy. Pan Dyrektor nie skorzystał natomiast z powołanych wcześniej uprawnień dotyczących rozwiązania umów w rodzaju AOS. NIK zauważa jednocześnie, że z dniem 2 lutego 2012 r. (po kontroli ŁOW NFZ), bez zachowania okresu wypowiedzenia, rozwiązał Pan z NZOZ Colmed umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza, w związku z niespełnieniem przez tego świadczeniodawcę warunków wymaganych dotyczących realizacji świadczeń gwarantowanych i podaniem w ofercie nieprawdziwych danych.

Zgodnie z art. 4 ust. 1 pkt 4-6 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe⁶, uruchamianie i stosowanie urządzeń wytwarzających promieniowanie jonizujące oraz uruchamianie pracowni, w których mają być stosowane źródła promieniowania jonizującego, w tym pracowni rentgenowskich, wymaga zezwolenia w zakresie bezpieczeństwa jądowego i ochrony radiologicznej. Zezwolenie takie wydaje państwowy wojewódzki inspektor sanitarny (PWIS). Stosownie do załącznika 3a do zarządzenia Nr 81/2011/DSOZ z dnia 4 listopada 2011 r. Prezesa NFZ w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju AOS, posiadanie aparatu RTG w lokalizacji wymagane było m.in. dla świadczeń udzielanych w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu. Spośród siedmiu zbadanych przez NIK w tym zakresie świadczeniodawców, którzy otrzymali kontrakty, pięciu nie posiadało przedmiotowego zezwolenia na uruchomienie pracowni rentgenowskich w dniu składania oferty, z czego dwóch złożyło wnioski o wydanie takich zezwoleń już w trakcie trwania umowy z ŁOW NFZ, a trzech nie wystąpiło w ogóle z takimi wnioskami.

W wystąpieniach pokontrolnych skierowanych przez ŁOW NFZ do NZOZ Eskulap Pabianice, który zwrócił się do PWIS o wydanie zezwolenia 9 lutego 2012 r. oraz NZOZ Colmed s.c. Łódź, który nie posiadał stosownych zezwoleń, a okazany kontroli aparat RTG był niesprawny - nie wskazano zaleceń w związku z wykrytymi nieprawidłowościami. NIK przyjmuje wyjaśnienia Pana Dyrektora, że stwierdzone nieprawidłowości uprawniają Dyrektora ŁOW NFZ do rozwiązania umowy bez zachowania okresu wypowiedzenia i bez konieczności wezwania do usunięcia braków, zauważa jednak, że do dnia zakończenia badań przez NIK (13 kwietnia 2012 r.) żadna z kontroli przeprowadzonych przez ŁOW NFZ nie doprowadziła do rozwiązania umowy z omawianego zakresu. Z dodatkowych wyjaśnień złożonych przez Pana Dyrektora do protokołu kontroli wynika, że do ww. świadczeniodawców skierowano oświadczenia o rozwiązaniu umów, bez zachowania okresu wypowiedzenia, dopiero w dniu 25 kwietnia 2012 r.

Również w protokołach oględzin dokonanych przez ŁOW NFZ w NZOZ Almed Łódź oraz MS Consulting NZOZ Vitasana w Pabianicach nie wykazano nieprawidłowości w zakresie sprzętu posiadanego przez te placówki.

⁶ Dz. U z 2012 r., poz. 264

Tymczasem używane przez te podmioty aparaty RTG były aparatami mobilnymi, bez zezwoleń PWIS. W złożonych w trakcie kontroli NIK wyjaśnieniach podał Pan Dyrektor, że w stosunku do tych świadczeniodawców wstrzymano dalsze postępowania kontrolne ŁOW NFZ do czasu otrzymania informacji od PWIS w sprawie użytkowanych przez nich aparatów. NIK zauważa, iż zasady stosowania jezdnych aparatów RTG regulują przepisy § 18 ust. 1 pkt 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej⁷, zgodnie z którymi takie aparaty mogą być stosowane wyłącznie w przypadku, gdy przybycie pacjenta do stacjonarnego urządzenia radiologicznego jest przeciwwskazane ze względów medycznych. Z informacji uzyskanych przez kontrolerów w trakcie kontroli NIK od PWIS wynika ponadto, że aparat taki nie może być stosowany poza szpitalami i w związku z tym nie powinien być wykazany w ofercie na świadczenia usług medycznych w poradniach AOS. Należy bowiem zaznaczyć, że nie wystarczy samo posiadanie sprzętu lub aparatury technicznej, ale - zgodnie z § 7 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁸, zwanego dalej „rozporządzeniem z dnia 6 maja 2008 r.”, urządzenia te muszą być sprawne, posiadać ważne przeglądy oraz być dopuszczone do użytkowania. Z dodatkowych wyjaśnień złożonych przez Pana Dyrektora w dniu 27 kwietnia 2012 r. wynika, iż otrzymał Pan jednoznaczne stanowisko PWIS w tej sprawie, potwierdzające ustalenia NIK. Kontrola NIK wykazała, że NZOZ Remedium w Głownie złożył do PWIS wnioski o wydanie stosownych zezwoleń 2 marca 2012 r., tj. już w trakcie trwania umowy z ŁOW NFZ. Do dnia zakończenia kontroli NIK (13 kwietnia 2012 r.) ŁOW NFZ nie przeprowadził u ww. świadczeniodawcy kontroli. Z dodatkowych wyjaśnień złożonych przez Pana do protokołu kontroli NIK wynika, iż przeprowadzona przez ŁOW NFZ po 13 kwietnia 2012 r. kontrola wykazała „brak uprawnień do użytkowania aparatu RTG zarówno w chwili składania oferty jak i w okresie 1 stycznia 2012 r. – 17 kwietnia 2012 r.”

Zdaniem NIK, już na etapie oceny złożonych ofert można było zmniejszyć ryzyko powstania powyższych nieprawidłowości, gdyby komisje konkursowe dokonywały weryfikacji składanych oświadczeń o wpisach do rejestrów z rejestrami teleinformatycznymi, w tym w szczególności w zakresie specjalności komórek organizacyjnych.

Skutkiem braku weryfikacji ofert przez komisje konkursowe było wykazywanie przez świadczeniodawców tego samego sprzętu medycznego w kilku ofertach. Prowadzone przez małżonków NZOZ Sal-Med i NZOZ Akoria, oba zlokalizowane w Łodzi przy ul. Traktorowej 63, świadczą usługi okulistyczne w tych samych pomieszczeniach, częściowo w tym samym przedziale czasowym, na tym samym sprzęcie w oparciu o aktualizowaną co rok umowę „bezpłatnego wzajemnego użyczenia sprzętu i aparatury medycznej”. W złożonych ofertach na świadczenia na obszarze Łódź-Bałuty oba podmioty wykazały te same sprzęty np. pachymetr, fundus kamera, tonometr aplanacyjny, jako dostępne w miejscu udzielania świadczeń (wszystkie jako konieczne bądź dodatkowo oceniane) i oba podmioty lecznicze otrzymały kontrakty.

⁷ Dz. U. Nr 51, poz. 265 ze zm.

⁸ Dz. U. Nr 81 poz. 484

NIK przyjmuje do wiadomości, że ujawnione w trakcie kontroli ŁOW NFZ fakty obecnie podlegają ocenie, a wnioski z kontroli nie zostały jeszcze przesłane świadczeniodawcom - zauważa jednak, iż komisja nie dołożyła należytej staranności na etapie analizy ofert. Nietrudno było bowiem dokonać weryfikacji ofert dwóch świadczeniodawców ze zbieżnym adresem świadczenia usług, złożonych w tym samym postępowaniu, rozpatrywanych przez jedną komisję. Wykazanie przez dwa różne podmioty lecznicze tego samego sprzętu dostępnego w tym samym miejscu i czasie, zdaniem NIK, traktować należy jako kłamstwo ofertowe.

Wątpliwości NIK budzą umowy, na mocy których podmioty lecznicze weszły w posiadanie wymaganych sprzętów medycznych. Większość z nich została zawarta w październiku lub na początku listopada 2011 r., tj. tuż przed terminem ogłoszenia konkursów na udzielanie świadczeń. Niejednokrotnie w drodze jednej umowy świadczeniodawcy wchodzili w posiadanie całego lub większości wymaganego sprzętu, jak np.:

- NZOZ Eskulap w Pabianicach, który cały wymagany sprzęt dzierżawi na mocy umowy z dnia 2 listopada 2011 r. zawartej z NZOZ Rosa Alba - Centrum Okulistyczne Wieluń (na okres od 1 stycznia 2012 r. do 31 grudnia 2014 r.),
- Centrum Medyczne Remedium Łódź dzierżawiące sprzęt okulistyczny na mocy umowy z dnia 1 listopada 2011 r.,
- Twoja Klinika sp. z o.o. NZOZ Bremed Brzeziny wykazująca w ofercie mikroskop optyczny i dermatoskop wykorzystywany na mocy umowy użyczenia z dnia 1 października 2011 r. oraz aparat do elektrokoagulacji wykorzystywany na mocy umowy użyczenia z dnia 20 września 2011 r. (posiadanie dermatoskopu NZOZ Bremed udokumentował jednocześnie fakturą zakupu z dnia 21 lutego 2012 r.),
- UniPoliMed sp. z o.o. Łódź wydzierżawiła wszystkie sprzęty wykazane w ofertach z dnia 2 listopada 2011 r. na świadczenie usług z zakresu rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym w Głownie oraz z zakresu fizjoterapii ambulatoryjnej udzielanych w Zgierzu od domów pomocy społecznej oraz NZOZ Polimedica s.c. na podstawie umów z dnia 27, 29 i 30 września 2011 r. Kontrola przeprowadzona przez ŁOW NFZ w poradni fizjoterapii ambulatoryjnej UniPoliMed sp. z o.o. w Zgierzu pozytywnie pod względem legalności i rzetelności oceniła wyposażenie zakładu, jako zgodne z wymogami. W protokole kontroli ŁOW NFZ podano, że zakład wyposażony jest w sprzęt rehabilitacyjny wykazany w ofercie, przy czym do akt tej kontroli dołączono kopię oferty złożonej przez UniPoliMed sp. z o.o. na świadczenia z zakresu fizjoterapia ambulatoryjna na obszarze Ozorkowa, tj. do zupełnie innego postępowania, w którym świadczeniodawca nie otrzymał kontraktu. Pomimo wyjaśnień Pana Dyrektora o omyłkowym dołączeniu w powyższym postępowaniu kontrolnym wykazu zasobów z innego postępowania konkursowego, powyższe okoliczności muszą budzić wątpliwości NIK w zakresie wiarygodności przeprowadzonej kontroli.

NIK zauważa, że także inni oferenci część sprzętów medycznych wykazanych przez nich w ofertach nabyli w terminie dużo późniejszym niż wynika to ze złożonych ofert. Na podstawie informacji uzyskanych przez NIK w toku kontroli od wybranych świadczeniodawców ustalono, że nieprawdziwe dane w tym zakresie podano m.in. w ofercie złożonej przez Gabinety Specjalistyczne Anna Pikulska Stryków na świadczenia z zakresu okulistyki. Posiadanie wymaganych sprzętów świadczeniodawca udokumentował fakturami zakupu wystawionymi

na inny podmiot - Prywatną Praktykę Lekarską Zbigniew Pikulski, przy czym jako dowód zakupu perymetru komputerowego i stolika elektrycznego okazał fakturę z dnia 11 stycznia 2012 r. W wyjaśnieniach złożonych w toku kontroli NIK podał Pan Dyrektor, że również kontrola przeprowadzona przez ŁOW NFZ wykazała nieprawidłowości dotyczące wyposażenia, a także „istotnego zmniejszenia liczby godzin przyjęć lekarza okulisty w tygodniowym harmonogramie” i w związku z tym rozważa Pan rozwiązanie umowy. Na etapie składania dodatkowych wyjaśnień (27 kwietnia 2012 r.) powołał Pan okazaną ŁOW NFZ przez Gabinety Specjalistyczne Anna Pikulska umowę użyczenia perymetru zawartą w dniu 3 listopada 2011 r. z Prywatną Praktyką Lekarską Zbigniew Pikulski, podając jednocześnie, że do umowy tej w dniu 12 stycznia 2012 r. zawarto aneks, na mocy którego „umowa użyczenia obejmuje nowszy model perymetru (zmiana urządzenia)”. Wątpliwości NIK budzi wiarygodność tej umowy, w sytuacji gdy świadczeniodawca - proszony przez NIK w toku kontroli o dokumenty potwierdzające posiadanie wykazanych w ofercie sprzętów – takiej umowy i aneksu nie okazał.

Również NZOZ GA-MED s.c. Ozorków, jako dowód posiadania wymienionego w ofercie na świadczenia z zakresu dermatologii i wenerologii Lancetronu GT 55 (aparatu do elektrokoagulacji), przedstawił NIK umowę dzierżawy z dnia 1 stycznia 2012 r. Przeprowadzona przez ŁOW NFZ – na skutek ustaleń NIK – rekontrola tego świadczeniodawcy potwierdziła brak uprawnień do dysponowania aparatem w dniu składania oferty.

NZOZ Multimed Łódź nabył uroflometr w dniu 15 grudnia 2011 r. Kontrola przeprowadzona przez ŁOW NFZ stwierdziła, że „w miejscu udzielania świadczeń zgodnie z ofertą jest uroflometr oraz że aparatura posiada ważny przegląd techniczny”. Dodatkowe oświadczenie od świadczeniodawcy w zakresie prawa do dysponowania uroflometrem na dzień składania oferty przyjął Pan Dyrektor w dniu 18 kwietnia 2012 r., w związku z przedstawieniem ustaleń kontroli NIK.

Zaistniałe okoliczności są, w ocenie NIK, konsekwencją odstąpienia od przeprowadzenia obligatoryjnych kontroli na etapie składania ofert. Niezależnie od wyników kontroli ŁOW NFZ przeprowadzanych u świadczeniodawców już po podpisaniu umów, czy rekontroli przywołanych przez Pana Dyrektora w dodatkowych wyjaśnieniach złożonych do protokołu kontroli, NIK podkreśla, że weryfikacja prawdziwości składanych ofert winna być dokonywana na dzień ich składania.

Tymczasem kontrole doraźne przeprowadzane przez ŁOW NFZ niejednokrotnie koncentrowały się na sprawdzeniu posiadania wymaganego sprzętu na dzień dokonywania oględzin. Ujawnione w toku kontroli NIK nieprawidłowości, zarówno dotyczące dysponowania sprzętem i harmonogramów pracy lekarzy, jak również przeprowadzone przez ŁOW NFZ rekontrole, zaprzeczają wyjaśnieniom Pana Dyrektora, jakoby w trakcie kontroli sprawdzano faktury zakupu sprzętu, czy umowy o pracę zatrudnionego personelu. Wskazane przez Pana Dyrektora „obiektywne trudności”, takie jak choroba osoby odpowiedzialnej, czy znaczna liczba przeprowadzonych postępowań kontrolnych, nie mogą stanowić usprawiedliwienia dla braku weryfikacji dowodów zakupu sprzętu wykazanego przez świadczeniodawców w ofertach. Jednym z koniecznych warunków udziału w postępowaniu konkursowym na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej było bowiem posiadanie określonego sprzętu na dzień składania oferty. W ocenie NIK niedopuszczalne jest, aby świadczeniodawcy uzupełniali braki w wyposażeniu poprzez kupno lub zawieranie stosownych umów dzierżawy czy użyczenia po złożeniu oferty,

a nawet po ogłoszeniu rozstrzygnięcia postępowania, ponieważ w wyniku popełnionego przez nich „kłamstwa ofertowego” uzyskali nienależne punkty i pozycje w rankingu, powodując tym samym niewybranie ofert rzetelnych.

Należy podkreślić, że stosownie do postanowień art. 193 pkt 7 ustawy o świadczeniach zdrowotnych – popełnia wykroczenie i podlega karze grzywny kto „podaje o ofercie złożonej w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Fundusz nieprawdziwe informacje i dane”. Z załącznika do rozporządzenia z dnia 6 maja 2008 r. wynika, że dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ może rozwiązać umowę w części albo w całości bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku „przedstawienia przez świadczeniodawcę nieprawdziwych lub niezgodnych ze stanem faktycznym danych lub informacji, mających istotny wpływ na zawarcie umowy w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy” (§ 38 ust. 1 pkt 8).

Nie wnosząc uwag do przestrzegania przez ŁOW NFZ postanowień art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach zdrowotnych w zakresie zapewnienia równego traktowania wszystkich świadczeniodawców, NIK jednocześnie zauważa, że określenie dopiero w listopadzie 2011 r. – zarządzeniem Nr 81/2011/DSOZ Prezesa NFZ - wymagań do postępowań w sprawie zawarcia lub zmiany umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, poczynwszy od umów zawieranych na rok 2012, zmieniających w niektórych zakresach warunki dodatkowo oceniane w stosunku do obowiązujących wg zarządzenia nr 62/2009/DSOZ, mogło utrudnić podmiotom publicznym spełnienie określonych w nim wymagań.

Obowiązujące w publicznych placówkach zdrowia procedury zakupu (nabywania) sprzętu i aparatury medycznej (często długotrwale), ustalone ustawą z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych⁹, a także ograniczenie swobody zawierania przez te podmioty umów dzierżawy czy użyczenia mogły być, w ocenie NIK, przyczyną, dla której w postępowaniach ogłoszonych na lata 2012-2014 w rodzaju AOS, miejskie podmioty lecznicze uzyskiwały kontrakty na poziomie 82% wartości umów obowiązujących w 2011 r. Spośród 116 postępowań, w których uczestniczyły, do świadczenia usług medycznych wskazane zostały w 82 rozstrzygnięciach. W pozostałych postępowaniach uzyskiwały ogólne oceny nie kwalifikujące ich w rankingu końcowym do zawarcia kontraktu. Również spośród 29 postępowań w rodzaju rehabilitacja lecznicza, kontrakty na udzielanie świadczeń leczniczych uzyskiwały jedynie w 15 postępowaniach, a wartość zawartych umów stanowiła 77% kontraktów dotychczasowych.

Analiza wybranych postępowań w rodzaju AOS, w których cztery miejskie placówki (MP Dąbrowa, MP Chrobry, MP Lecznicza i ZOZ Bałuty), nie uzyskały kontraktów w zakresach objętych postępowaniami wykazała, że wpływ na ocenę ogólną złożonych przez nie ofert, miały głównie niskie oceny uzyskiwane w kryterium ceny, jakości i dostępności. Otrzymywana poniżej maksymalnych wartości punktacja w kryterium jakości, była wynikiem braków w wyposażeniu w sprzęt i aparaturę dodatkowo ocenianą, braku certyfikatów jakości oraz podanego w ofercie udziału czasu pracy specjalistów w czasie pracy wszystkich lekarzy poradni. Obniżona punktacja w kryterium dostępności wynikała z wykazania czasu pracy poradni poniżej 48 godzin tygodniowo. Dodatkowym

⁹ Dz. U. z 2010 r. Nr 113, poz. 759 ze zm.

czynnikiem obniżającym ocenę ogólną było również niezapewnienie dostępu do niektórych badań dodatkowo ocenianych w kryterium kompleksowości.

W toku kontroli ustalono, że w postępowaniu w zakresie badań rezonansu magnetycznego za prawdziwe przyjęto oświadczenia NZOZ Centrum Medyczne Bazarowa sp. z o.o. Delta Import oraz SPZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 4 im. M. Konopnickiej UM w Łodzi, że realizują w pracowni co najmniej 2.500 badań rezonansu magnetycznego rocznie. Tymczasem, zgodnie z danymi zawartymi w księgach rejestrowych prowadzonych przez Wojewodę Łódzkiego, pierwszy z oferentów rozpoczął działalność pracowni rezonansu magnetycznego od dnia 31 października 2011 r. (termin złożenia oferty upływał 25 listopada 2011 r.), drugi z oferentów w księdze rejestrowej w ogóle nie wykazał komórki 7250 – pracowni rezonansu magnetycznego. Z uzyskanych od tych świadczeniodawców w trakcie kontroli informacji wynikało zaś, że NZOZ Centrum Medyczne Bazarowa sp. z o.o. Delta Import w 2011 r. wykonał 250 badań testowych i komercyjnych, zaś SPZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 4 im. M. Konopnickiej nie wykonywał w 2011 r. świadczeń w zakresie rezonansu magnetycznego, ze względu na brak tego sprzętu. W dodatkowym wyjaśnieniu z dnia 5 czerwca 2012 r. poinformował Pan Dyrektor, że umowy z tymi podmiotami rozwiązano z trzymiesięcznym okresem wypowiedzenia.

Z ustaleń kontroli NIK wynika, że wartość tych umów na 2012 r. wyniosła łącznie 3.349.591,20 zł.

Wybranie do udzielania świadczeń w zakresie gruźlicy i chorób płuc na obszarze Łódź-Górna i Łódź-Baluty NZOZ Colmed s.c., który w złożonych ofertach wykazał tego samego lekarza specjalistę, pracującego pięć dni w tygodniu po 10 godzin, określając jego godziny przyjęć w sposób, który nie uwzględniał nawet czasu na przejazd z jednej poradni do drugiej, oddalonych o ok. 10 km – przewodnicząca komisji konkursowej uzasadniła odstąpieniem od badania konfliktu personelu, zgodnie z treścią zarządzenia Nr 198/11.

4. Z 26 poddanych analizie postępowań konkursowych, przekazanych kontrolerom NIK w dniach od 2 do 12 stycznia 2012 r., tj. w pierwszych dniach kontroli, w sześciu postępowaniach (23%), prowadzonych przez tę samą komisję konkursową, stwierdzono brak dziewięciu oświadczeń członków komisji, co było niezgodne z wymogami określonymi w § 5 ust. 2 i 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. Osoby, które nie złożyły wymaganych oświadczeń uczestniczyły mimo to w kolejnych etapach tych postępowań, a przewodnicząca komisji nie wystąpiła do Dyrektora ŁOW NFZ z wnioskiem o wyłączenie tych osób z komisji, do czego była zobowiązana Regulaminem pracy komisji¹⁰ (§ 12 ust. 2). Kontrola wykazała ponadto, że w sześciu postępowaniach członkowie komisji konkursowej złożyli oświadczenia w terminie późniejszym niż termin otwarcia ofert - w jednym postępowaniu po dwóch dniach, w dwóch postępowaniach – po trzech dniach, a w trzech postępowaniach aż po 21 dniach od otwarcia ofert. Późniejsze złożenie oświadczeń przewodnicząca komisji usprawiedliwiła „mnogością” jednocześnie prowadzonych postępowań, a brak oświadczeń - niedopatrzeniem, które w jej opinii nie miało wpływu na ważność prac komisji, zwłaszcza, że członkowie komisji w momencie otwarcia ofert składali ustne oświadczenia, że nie zachodzą wobec nich przesłanki do wyłączenia

¹⁰ Uchwała nr 36/2005/I z dnia 4 października 2005 r. Rady Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie przyjęcia Regulaminu pracy komisji prowadzącej postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

z postępowania. NIK zauważa, że obowiązek pisemnego składania przedmiotowych oświadczeń wynika z Procedury 5.9. W ocenie NIK, niezłożenie oświadczeń budzi wątpliwości co do bezstronności osób biorących udział w danym postępowaniu, podważając rzetelność prac komisji. Ocenę taką dodatkowo uzasadnia zaistniała w trakcie kontroli NIK okoliczność podpisania już po 12 stycznia br. przez trzech członków komisji, czterech z dziewięciu wcześniej niepodpisanych oświadczeń poddanych uprzednio analizie przez kontrolerów NIK.

Nierzetelność prac komisji konkursowych przejawiała się ponadto w niedostatecznej weryfikacji składanych ofert. W szczególności stwierdzono, że:

- w ofercie złożonej przez spółkę cywilną „Nowa” K.N., S.D. w postępowaniu nr 05-12-001018/AOS/02/1/02.1200.01.02/1 wystąpiły niespójności pomiędzy odpowiedziami oferenta zawartymi w ankiecie w cz. VIII formularza ofertowego a danymi dotyczącymi zasobów sprzętowych wykazanymi w cz. VI oferty. Skutkiem braku rzetelnej analizy tej oferty było zawyżenie o 7,500 pkt oceny punktowej w kryterium jakości. Komisja konkursowa za wystarczające uznała złożone przez oferenta oświadczenie, że zakupi stosowny sprzęt medyczny, podczas gdy dodatkowe punkty powinny być przyznawane za posiadanie w miejscu i lokalizacji wskazanej aparatury medycznej w momencie składania oferty;
- wykazany w cz. VIII ofert NZOZ Med-GASTR Specjalistyczne Gabinety Lekarskie (postępowania nr 05-12-000991/AOS/02/1/02.1050.001.02/1 oraz 05-12-001013/AOS/02/1/02.1051.001.02/1) 100% udział lekarzy specjalistów w czasie pracy wszystkich lekarzy w przychodni nie znalazł potwierdzenia w częściach szczegółowych ofert. Niezgodność dotyczyła również czasu pracy pielęgniarki. Komisja konkursowa nie wezwwała jednak oferenta do złożenia wyjaśnień w tych sprawach i nie usunęła nieprawidłowości;
- w postępowaniu nr 05-12-000937/AOS/02/1/02.1580.001.02/1 oferta Wojewódzkiego Centrum Ortopedii i Rehabilitacji Narządu Ruchu im. dr Radlińskiego (WCOiRNR) zawierała rozbieżne dane dotyczące czasu pracy poradni. Również w tym przypadku komisja konkursowa nie wezwwała oferenta do wyjaśnienia tych rozbieżności;
W efekcie, oferty NZOZ Med-GASTR Specjalistyczne Gabinety Lekarskie otrzymały maksymalną liczbę punktów jednostkowych w zakresie personelu w kryterium jakości i wyższą pozycję rankingującą, a oferta WCOiRNR maksymalną liczbę punktów w kryterium dostępności mierzonej liczbą godzin pracy przychodni.
- w postępowaniu 05-12-000977/AOS/02/1/02.1610.001.02/1 w ofercie NZOZ Colmed s.c. komisja konkursowa nie dokonała zmiany odpowiedzi na pytanie ankietowe, pomimo złożenia przez oferenta stosownego oświadczenia, co skutkowało naliczeniem dla tej oferty maksymalnej liczby punktów w kryterium kompleksowości i tym samym wyższą pozycją w rankingu;
- w postępowaniu nr 05-12-000844/AOS/02/1/02.1270.001.02/1 ww. oferent nierzetelnie wypełnił ankietę w części dotyczącej czasu pracy pielęgniarki w stosunku do czasu pracy poradni. Komisja konkursowa nie wezwwała go jednak do wyjaśnienia tej nieprawidłowości, w efekcie czego zawyżona została łączna liczba punktów oceny tej oferty o 3,000;
- uznając rzetelność oferty złożonej przez NZOZ Sal-Med w postępowaniu nr 05-12-000892/AOS/02/1/02.1600.001.02/1 komisja konkursowa „opierała się na oświadczeniu oferenta

dołączonym do oferty, z którego wynikało, że posiada sprzęt do wykonywania badań OCT". NIK zauważył, że posiadany przez oferenta potencjał wykonawczy powinien być wykazany w części VI oferty, z podaniem roku produkcji, numeru seryjnego oraz ilości, a także rodzaju dostępności sprzętu i aparatury medycznej. W złożonej ofercie świadczeniodawca nie wykazał aparatu OCT. Tymczasem w części ankietowej podał, że zapewnia OCT w miejscu udzielania świadczeń.

W każdym z opisanych wyżej przypadków przewodniczący komisji wyjaśnili, że weryfikacja udzielonych przez oferentów odpowiedzi nie miałaby większego wpływu na wyniki analizowanych postępowań. NIK stwierdza natomiast, że odpowiedzi ankietowe miały znaczenie rankingujące i zgodnie z Procedurą 5.9 do obowiązków komisji konkursowych należało wyjaśnienie wszystkich spornych elementów ofert oraz ustalenie czy udzielając odpowiedzi oferent zawarł prawdziwe informacje, czy też oświadczył nieprawdę w celu uplasowania w rankingu swojej oferty na wyższej pozycji. Należy podkreślić również, że nieprawdziwe informacje zawarte w ofercie są podstawą jej odrzucenia, zgodnie z art. 149 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

Na zawyżenie ocen punktowych ofert miał także wpływ brak weryfikacji przez komisje konkursowe odpowiedzi ankietowych dotyczących kontroli prowadzonych przez NFZ po dniu 1 stycznia roku poprzedzającego rok, którego dotyczyły postępowania i zakończonych wystąpieniem pokontrolnym. Po 1 stycznia 2011 r. ŁOW NFZ w zakresach AOS i rehabilitacja lecznicza przeprowadził łącznie 68 kontroli realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W 31 kontrolach stwierdzono nieprawidłowości, które – stosownie do § 28 rozporządzenia z dnia 6 maja 2008 r. – stanowiły podstawę do zwrotu nienależnie pobranych środków finansowych, a zgodnie z § 29 i § 30 ust. 1 pkt 2 lit. a - obciążenia świadczeniodawców karami umownymi. Spośród tych świadczeniodawców 19 złożyło w 2011 r. oferty i otrzymało kontrakty na lata 2012–2014, w zakresach podlegających kontroli w 2011 r., przy czym pięciu z nich w udzielonych odpowiedziach ankietowych nie wskazało negatywnych ustaleń kontroli ŁOW NFZ.

Żadna z komisji konkursowych prowadzących te postępowania nie wezwała jednak oferentów do złożenia wyjaśnień, uznając w dwóch przypadkach (NZOZ Medpuls i Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy - Centrum Profilaktyczno-Lecznicze w Łodzi), że wykazana w wystąpieniach pokontrolnych ocena pozytywna z uchybieniami nie powinna skutkować pozytywnymi odpowiedziami ankietowymi w zakresie ujawnienia nieprawidłowości w toku kontroli ŁOW NFZ. W ocenie NIK, trudno zgodzić się z taką argumentacją, skoro w wystąpieniach pokontrolnych skierowanych do tych świadczeniodawców, ŁOW NFZ wskazał zakwestionowane świadczenia i wezwał ich do zwrotu nienależnie otrzymanych środków finansowych, zaś w formularzu ofertowym wyraźnie pytano, czy w wyniku kontroli stwierdzono przedstawienie danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których dokonano płatności nienależnych środków finansowych, nie precyzując, jak tę nieprawidłowość oceniono.

Po kontroli przeprowadzonej w 2011 r. przez ŁOW NFZ w SP ZOZ Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym im. WAM UM Centralnym Szpitalu Weteranów negatywnie oceniono brak aktualnych przeglądów aparatury diagnostycznej oraz brak zeszytu kolejek oczekujących, a jako uchybienie wskazano niewłaściwy sposób prowadzenia dokumentacji medycznej, a także niezgodność pomiędzy wykazem personelu w poradni z danymi

przesłanymi do ŁOW NFZ. Za powyższe nieprawidłowości na świadczeniodawcę nałożono karę pieniężną. Taka ocena, w opinii NIK, powinna znaleźć odzwierciedlenie w odpowiedziach ankietowych udzielonych przez tego oferenta w postępowaniu nr 05-12-000999/AOS/02/1/02.1584.001.02/1 oraz skutkować ujemnymi punktami oceny oferty w kryterium jakości. Komisja konkursowa nie dopatrzyła się jednak nieprawidłowości w odpowiedziach ankietowych, w których świadczeniodawca nie wskazał żadnych uchybień w udzielaniu świadczeń medycznych. Jednocześnie przewodnicząca komisji konkursowej wyjaśniła, że weryfikując ofertę w zakresie liczby oferowanych świadczeń wzięto pod uwagę wyniki przeprowadzonej kontroli, co m.in. wpłynęło na znaczne ograniczenie proponowanej przez NFZ puli punktów w stosunku do propozycji oferenta. NIK zauważa sprzeczność w działaniach komisji konkursowej, która z jednej strony nie widzi nieprawidłowości w odpowiedziach ankietowych, z drugiej zaś strony w związku z tymi nieprawidłowościami obniża świadczeniodawcy liczbę jednostek rozliczeniowych.

Także w ofercie złożonej przez Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dr Wł. Biegańskiego w Łodzi, na udzielanie świadczeń w zakresie chorób zakaźnych, komisja konkursowa nie stwierdziła rozbieżności pomiędzy danymi zawartymi w ofercie a wynikami kontroli uznając, że pytania ankietowe nie dotyczyły nieprawidłowości w prowadzeniu dokumentacji medycznej. NIK zauważa jednak, że w wystąpieniu pokontrolnym z 10 czerwca 2011 r. oprócz negatywnej oceny sposobu prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej, negatywnie - ze względu na kryterium legalności i rzetelności - oceniono także rozbieżności pomiędzy personelem wykazany w harmonogramie pracy stanowiącym załącznik do umowy, a stanem faktycznym. Chociaż jedno z pytań ankietowych odnosiło się wprost do tej nieprawidłowości, oferent jej nie wykazał. Taką pracę komisji konkursowej NIK ocenia zatem jako nierzetelną. Ponadto, powyższe ustalenia wskazują, że brak rzetelnej weryfikacji ofert w tym zakresie stawiał w korzystniejszej sytuacji świadczeniodawców, którzy udzielili nieprawdziwych odpowiedzi ankietowych.

Zdaniem NIK, komisja konkursowa nie dołożyła także należytej staranności przy weryfikacji oferty złożonej przez Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej FEL-MED sp. z o.o. w Łodzi (FEL-MED) w postępowaniu nr 05-12-000055/REH/05/1/05.1310.208.02/1. Kontrola przeprowadzona u tego świadczeniodawcy w 2011 r. wykazała brak nadzoru co najmniej magistra fizjoterapii w trakcie udzielania świadczeń oraz brak księgi zabiegów leczniczych i kartoteki pacjentów. W wyniku negatywnie ocenionych działań, Dyrektor ŁOW NFZ obciążył świadczeniodawcę karą umowną. FEL-MED w złożonej ofercie nie wykazał stwierdzonych nieprawidłowości. Według przewodniczącej komisji konkursowej, w tym postępowaniu FEL-MED złożył ofertę jako Zakład Opieki Zdrowotnej MEDIPLAN w Konstancynie Łódzkim i w związku z tym MEDIPLAN jako oferent nie miał obowiązku odpowiedzieć pozytywnie na pytania ankietowe w części VIII. Również w dodatkowych wyjaśnieniach do protokołu kontroli podał Pan Dyrektor, że w tym konkursie ocenie podlegało inne przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, niż to, w odniesieniu do którego przeprowadzono w 2011 r. kontrolę. NIK nie może podzielić takich opinii, gdyż oferentem jest świadczeniodawca w rozumieniu art. 5 pkt 41 ustawy o świadczeniach zdrowotnych, tzn. FEL-MED, z którym to podmiotem ŁOW NFZ podpisał 26 marca 2012 r. umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza.

5. Zgodnie z Procedurą 5.9 komisje konkursowe powinny analizować oferty pod kątem oferowanej liczby i ceny świadczeń w kontekście potencjału oferenta i wymagań jakościowych, a w przypadku uznania, że potencjał wykonawczy oferentów był niewystarczający, bądź zaoferowana liczba świadczeń znacznie przekraczała wykonanie z poprzedniego okresu rozliczeniowego, określać propozycje niższe od oferowanych i negocjować z oferentami. Propozycje komisji odbiegające od propozycji ofertowych wymagały zaś pisemnego uzasadnienia w dokumentacji postępowania. Komisje nie wywiązywały się z tego obowiązku, tłumacząc to dużą ilością równoległe prowadzonych postępowań.

Wobec braku tych uzasadnień, zasady redukowania przez komisje konkursowe jednostek rozliczeniowych w stosunku do poszczególnych oferentów przedstawiono wyłącznie w złożonych w toku kontroli NIK wyjaśnieniach. W zbadanych 22 postępowaniach przewodniczący komisji ogólnie wyjaśniali, że proponując zmniejszenie, w drodze negocjacji, liczby jednostek rozliczeniowych, kierowali się zawartymi w ofertach danymi dotyczącymi potencjału sprzętowego oraz personelu udzielającego świadczeń w kontekście możliwości zrealizowania przez oferenta liczby punktów proponowanych w ofertach, a w odniesieniu do oferentów świadczących wcześniej usługi z danego zakresu - także wykonaniem kontraktów z okresu poprzedniego. Tylko w jednym postępowaniu przewodnicząca komisji dokładnie określiła średnią wartość punktów możliwych do zrealizowania w czasie jednej godziny pracy lekarza, na podstawie której wyliczono liczbę proponowanych jednostek.

Nie zawsze liczba proponowanych przez ŁOW NFZ jednostek była adekwatna do potencjału wykonawczego oferenta. Przykładowo:

W postępowaniu nr 05-12-001011/AOS/02/1/02.1280.001.02/1 na świadczenia w zakresie reumatologii na obszarze miasta Łódź oraz powiatów: łódzkiego wschodniego, pabianickiego, zgierskiego i brzezińskiego w rankingu końcowym równorzędne czwarte miejsce zajęły trzy podmioty. W trakcie negocjacji dwóm świadczeniodawcom, wykazującym odpowiednio 31 i 31,5 godz. pracy poradni - obniżono liczbę jednostek do jednakowej wartości (3776), trzeciemu oferentowi - do poziomu 6500, pomimo zaoferowanego przez niego czasu pracy poradni w wymiarze 24,5 godz. tygodniowo.

W postępowaniach: nr 05-12-000928/AOS/02/3/02.7220.072.02/1 na badania tomografii komputerowej oraz nr 05-12-001921/AOS/02/3/02.0000.078.02/1 w zakresie badania endoskopowego przewodu pokarmowego – gastroscopia, w rankingach końcowych taką samą liczbę punktów oceny uzyskały odpowiednio cztery i dwie oferty, przy czym łączna wartość tych ofert i ilość oferowanych jednostek rozliczeniowych przekroczyła wartości zaplanowane. W drodze negocjacji z tymi oferentami komisje konkursowe dokonały podziału sum z ogłoszeń na równe części, pomimo wykazania przez oferentów różnego potencjału wykonawczego.

Również w postępowaniu prowadzonym w trybie konkursu ofert na świadczenia w zakresie lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej na obszarze powiatu łódzkiego wschodniego (nr 05-12-000041/REH/05/1/05.1300.207.02/1) dwie oferty w rankingu końcowym uzyskały jednakową liczbę punktów oceny, a jedna z tych ofert znalazła się poza wartościowym i ilościowym zakresem zamówienia. W tym przypadku komisja konkursowa w toku rozmów negocjacyjnych nie znalazła podstaw do zmniejszania ilości punktów do

realizacji tych świadczeń w stosunku do przedstawionego w ofertach potencjału i skorzystała z możliwości zakończenia postępowania bez wybrania oferentów. Wyboru świadczeniodawców w ww. zakresie dokonano po ponownym przeprowadzeniu konkursu ofert, w którym planowaną wartość zamówienia zwiększono ponad dwukrotnie.

W jednym postępowaniu (nr 05-12-000994/AOS/02/1/02.1100.001.02/1) obniżony wymiar kontraktu przewodnicząca komisji uzasadniła niską pozycją rankingową oferenta, chociaż zajmował on w rankingu końcowym trzecie i czwarte miejsce (na sześć ofert złożonych i pięć wybranych), z łączną liczbą punktów oceny odpowiednio 63,273 i 60,909, w innym zaś postępowaniu (nr 05-12-000991/AOS/02/1/02.1050.001.02/1) kontrakt otrzymali wszyscy oferenci (15 podmiotów, 16 miejsc udzielania świadczeń) pomimo, iż ci z ostatnich miejsc mieli niską punktację (oferenci z pierwszego miejsca uzyskali 77,500, oferent z ostatniego – 21,000). Według wyjaśnień przewodniczącej komisji konkursowej „dla części oferentów – o niskiej punktacji z tytułu kryteriów niecenowych, kontrakt na udzielanie świadczeń w poradni gastroenterologicznej stanowił o możliwości kwalifikacji do badań endoskopowych lub/i hospitalizacji.”

Uzasadniając dokonany wybór oferentów w postępowaniu nr 05-12-000976/AOS/02/1/02.1580.001.02/1 przewodnicząca komisji wskazała „szczególnego” świadczeniodawcę (szpital publiczny), który pomimo zajmowania dalszej pozycji rankingowej otrzymał kontrakt w zaoferowanej wartości i ilości, gdyż „posiada Oddział Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu wykonujący szereg skomplikowanych operacji pourazowych, operacji zakładania endoprotez - jedyny w województwie zakłada tzw. endoprotezy onkologiczne. Poradnia ortopedyczna przygotowuje pacjentów do operacji i prowadzi dalsze leczenie pooperacyjne, ponadto przejmuje leczenie pacjentów pourazowych zaopatrzonych doraźnie w oddziale SOR-u tego Szpitala. Szpital jest ośrodkiem wytypowanym jako Centrum Urazowe dla województwa łódzkiego. Poradnia posiada własny densytometr, którego inne poradnie nie miały, jedynie podpisały umowy na podwykonawstwo tego badania.”

NIK nie kwestionuje dokonanych rozstrzygnięć poszczególnych postępowań, dzieląc jednocześnie zdanie Prezesa NFZ, iż ze względu na różnorodność rodzajów i zakresów poszczególnych świadczeń współczesnej medycyny, a także lokalne uwarunkowania, nie jest na obecnym etapie możliwe zbudowanie na poziomie centralnym ścisłych kryteriów sprawdzających odpowiedność liczby oferowanych świadczeń do deklarowanego potencjału wykonawczego świadczeniodawcy, niemniej jednak zauważa, iż brak jednolitego szablonu/wzoru szacowania potencjału może rodzić wątpliwości w zakresie równego traktowania podmiotów.

6. Z 29 unieważnionych postępowań w rodzaju AOS, w 3 przypadkach unieważnienie nastąpiło w oparciu o art. 150 ust. 1 pkt 5 ustawy o świadczeniach zdrowotnych, bowiem w opinii Pana Dyrektora nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania bądź zawarcie umowy nie leży w interesie ubezpieczonych, czego nie można było wcześniej przewidzieć. Unieważnienia dotyczyły postępowań z zakresów: gruźlicy i chorób płuc dla dzieci oraz diabetologii na obszarze miasta Łodzi, a także nefrologii na obszarze miasta Łódź i powiatów łódzkiego wschodniego, pabianickiego, zgierskiego, brzezińskiego. Według wyjaśnień przewodniczących komisji konkursowych wybranie świadczeniodawców w oparciu o rankingi końcowe w postępowaniach rozpisanych na ww. obszary „nie gwarantowałyby zapewnienia kompleksowej opieki oraz

spowodowałoby ograniczenie dostępności do świadczeń z zakresu gruźlicy u dzieci, a podpisanie umowy w zakresie diabetologii „tylko z trzema świadczeniodawcami, którzy znaleźli się nad linią odcięcia nie zapewniłoby kompleksowości świadczeń”. Także „pierwsze miejsce Poradni Nowa w rankingu, które powodowało, iż komisja konkursowa mogła zaprosić do negocjacji jeszcze tylko trzech świadczeniodawców” - spowodowałoby ograniczenie dostępności do świadczeń w zakresie nefrologii, a kontraktu pozbawione byłyby min. trzy duże szpitale, na terenie których zlokalizowane są stacje dializ. Dopiero rozpisanie konkursów w tych zakresach na inne obszary, tj. w Łodzi na dzielnice, umożliwiło wybór większej liczby świadczeniodawców, zapewniających kompleksową opiekę nad pacjentami oraz lepszą dostępność usług.

Mając powyższe na uwadze, NIK nie kwestionuje podjętych przez Pana Dyrektora decyzji o unieważnieniu ww. postępowań i nie podważa dokonanych rozstrzygnięć. Wskazuje jednak na niedostateczną analizę przeprowadzoną na etapie tworzenia planu zakupu, pod kątem zachowania optymalnej dostępności ubezpieczonych do świadczeń w tych zakresach.

7. NIK negatywnie oceniła brak jakiegokolwiek analizy przez komisje konkursowe rankingów generowanych przez system informatyczny NFZ. Brak weryfikacji naliczania przez system punktów za odpowiedzi ankietowe dla poszczególnych kryteriów, poprzez przyjęcie przez przewodniczących komisji, „że system informatyczny działa prawidłowo” spowodował, iż na 146 ofert - jakie wpłynęły w 76 postępowaniach w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na rok 2012 i lata następne w rodzaju AOS świadczenia kosztochłonne (z wyłączeniem badań medycyny nuklearnej oraz badań echokardiograficznych płodu) - 84 (57%) zostały błędnie ocenione w systemie pod kątem kryterium dostępności.

Błąd systemu dotyczył punktów naliczanych w kryterium dostępności mierzonym liczbą godzin pracy pracowni. Za pracę pracowni powyżej 12 do 24 godzin w tygodniu, oferent winien uzyskać 1,250 pkt oceny, a system naliczał 1,000 pkt. Powyżej 24 godzin do 36 godzin, oferent winien uzyskać 5,000 pkt, podczas gdy system naliczał 4,000 pkt, a za pracę pracowni powyżej 36 do 48 godzin, oferent powinien uzyskać 7,500 pkt oceny, podczas gdy system naliczał 8,000 pkt. W konsekwencji zaniżano bądź zawyżano liczbę punktów oceny dla poszczególnych oferentów.

Zdaniem NIK, niewystarczająco skuteczne były działania ŁOW NFZ w celu weryfikacji prawidłowości naliczania punktów w postępowaniach obarczonych błędem. Informację o istnieniu błędu powziął Pan Dyrektor bowiem już w dniu 28 grudnia 2011 r., kiedy do ŁOW NFZ wpłynęło odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania z zakresu badań tomografii komputerowej na obszarze powiatu pabianickiego. Decyzją z dnia 19 stycznia 2012 r. uwzględnił Pan odwołanie uznając, że system informatyczny dokonujący oceny ofert błędnie naliczył odwołującemu ilość punktów w oparciu o udzielone odpowiedzi ankietowe, które miały wpływ na ocenę oferty pod kątem dostępności do udzielanych świadczeń. Przyjmując zarówno wyjaśnienia Pana Dyrektora o natychmiastowym powiadomieniu Centrali NFZ o zaistniałym błędzie, jak również o podjęciu analizy wpływu

błędu na wyniki już rozstrzygniętych postępowań z zakresu świadczeń kosztochłonnych, NIK zauważyła, że ostatnie z postępowań obarczonych błędem rozstrzygnięto jeszcze w dniu 29 lutego 2012 r.¹¹

Niezależnie od wpływu błędnej wyceny punktowej na wyniki rozstrzygnięć, nienanoszenie odpowiednich korekt w rankingach, do czasu opublikowania w dniu 2 marca 2012 r. nowego prawidłowego szablonu, świadczy o braku dbałości o rzetelność prowadzonych postępowań. Przewodniczący komisji wyjaśnili co prawda, iż w postępowaniach ogłoszonych i przeprowadzonych po 30 grudnia 2011 r. na bieżąco analizowali wpływ rozbieżności punktowej w szablonaх na prawidłowość rozstrzygnięcia postępowań, jednakże nie zostało to w żaden sposób udokumentowane.

8. W zbadanych sześciu z 19 ogłoszonych w dniu 8 listopada 2011 r. na obszar powiatu rawskiego postępowań z zakresu AOS, o wyborze oferentów zadecydowały miejsca zajmowane przez wybranych świadczeniodawców w rankingu końcowym. Łącznie we wszystkich badanych postępowaniach wpłynęły 32 niepodlegające odrzuceniu oferty. W pięciu postępowaniach do świadczenia usług komisja konkursowa wybrała tylko jednego świadczeniodawcę, w jednym postępowaniu – dwa podmioty lecznicze. Należy zaznaczyć, że w pięciu postępowaniach wybrano tego samego świadczeniodawcę (NZOZ Verbena z Rawy Mazowieckiej). W 2011 r. świadczenia w badanych zakresach udzielane były łącznie przez 23 świadczeniodawców z Rawy Mazowieckiej oraz Białej Rawskiej. NIK nie kwestionuje prawidłowości działania komisji konkursowej, kierującej się przy rozstrzygnięciu postępowań uzyskaną w rankingu końcowym pozycją ofert, wskazuje jednak, że wybór na cały powiat rawski (ok. 650 km² powierzchni i blisko 50 tys. ludności) jednego podmiotu do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, znacznie ograniczył dostępność do usług w badanych zakresach.

W ocenie NIK, bezcelowe było prowadzenie przez komisję konkursową negocjacji ze wszystkimi oferentami po to tylko, by – jak podała przewodnicząca - potwierdzić, iż potencjał wykazany w ofertach jest adekwatny do proponowanych przez oferentów jednostek rozliczeniowych, dokonując jednocześnie wyboru jednego świadczeniodawcy. Zaznaczyć należy, że już znajdujący się na pierwszym miejscu w rankingu kwalifikacyjnym oferent wyczerpywał łączną wartość zamówienia i zapewniał planowaną liczbę jednostek rozliczeniowych.

W postępowaniu na świadczenia w zakresie kardiologii na obszarze powiatu rawskiego, ranking kwalifikacyjny zawierał nierzetelne dane na skutek omyłkowego wpisania danych przez protokolanta. Błąd ten pozostał bez wpływu na rozstrzygnięcie postępowania.

9. W postępowaniu o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie: okulistyka - hospitalizacja planowa wystąpił Pan Dyrektor do Konsultanta Wojewódzkiego o wydanie opinii w sprawie posiadania „odpowiedniego doświadczenia” przez lekarzy specjalistów wykazanych przez Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Bożego, przyjmując tę opinię jako rozstrzygającą. Nie uwzględnił Pan jednak faktu, że Konsultant Wojewódzki był jednocześnie współwłaścicielem podmiotu, który złożył w tym samym postępowaniu konkurencyjną ofertę (NZOZ Klinika Okulistyczna Jasne Blonia), doprowadzając tym samym do powstania konfliktu interesów. NIK podziela zdanie Centrali NFZ, iż kierowanie się wyłącznie opinią Konsultanta

¹¹ Dotyczyło postępowań nr 05-12-001895/AOS/02/3/02.0000.079.02/1, 05-12-001921/AOS/02/3/02.0000.078.02/1 oraz 05-12-001941/AOS/02/3/02.0000.079.02/1.

Wojewódzkiego, z której wynika konieczność samodzielnego wykonania przez lekarza określonej liczby zabiegów okulistycznych, wskazuje na zastrzeżenie wymagania określonego w tym zakresie przez Ministra Zdrowia i Prezesa NFZ. NIK przyjmuje jednocześnie do wiadomości, iż w dniu 23 stycznia 2012 r. zwrócił się Pan do Zastępcy Prezesa NFZ o doprecyzowanie określenia „odpowiednie doświadczenie” i wskazanie możliwości uzyskania rzetelnej wiedzy co do posiadania takiego doświadczenia przez lekarzy specjalistów w dziedzinie okulistyki oraz uwzględnił Pan odwołanie Szpitala Zakonu Bonifratrów św. Jana Bożego uznając, że oferta nie podlega odrzuceniu wobec istnienia rozbieżności związanych z interpretacją ww. pojęcia.

10. W wyniku rozstrzygniętych postępowań konkursowych na udzielanie od 1 stycznia 2012 r. świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne na terenie województwa łódzkiego, prowadzonych przez ŁOW NFZ dla 20 rejonów operacyjnych, w dziewięciu rejonach nastąpiła zmiana dotychczasowych dysponentów. Kontrola pięciu z tych postępowań wykazała, że były one prowadzone i dokumentowane zgodnie z Procedurą postępowania w sprawie zawarcia umów w rodzaju ratownictwo medyczne z dnia 7 października 2011 r. W czterech z badanych postępowań komisja konkursowa, korzystając z możliwości określonych w art. 142 ust. 5 pkt 1 ustawy o świadczeniach zdrowotnych, nie prowadziła z oferentami negocjacji, a wyboru świadczeniodawcy dokonała na podstawie oceny ofert, uwzględniającej kryteria niecenowe i cenę.

W postępowaniu prowadzonym dla rejonu 10/20 w rankingu otwarcia, oferta złożona przez Poddębickie Centrum Zdrowia Spółka z o.o. (PCZ) sklasyfikowana została na pierwszej pozycji z łączną liczbą punktów oceny 78,000, w tym za kryterium cenowe otrzymała maksymalne 15,000 pkt (po 5,000 pkt dla każdego z zakresów świadczeń udzielanych przez: podstawowe, specjalistyczne i wodne zespoły ratownictwa medycznego), a za niecenowe 63,000 pkt. Łączna wartość oferty PCZ wyniosła 2.461.560 zł. NZOZ Falck Medycyna Region Centralny (Falck), zajmujący drugą pozycję, uzyskał 77,500 pkt, w tym za kryterium cenowe 12,500 pkt (po 5,000 pkt dla zakresów świadczeń udzielanych przez zespoły ratownictwa medycznego: podstawowe i specjalistyczne oraz 2,500 pkt przez wodne), a za niecenowe 65,000 pkt. Łączna wartość zaoferowanych przez niego świadczeń wyniosła 2.380.321,50 zł. Komisja konkursowa przeprowadziła negocjacje z oferentami, w wyniku których PCZ obniżyła ceny usług we wszystkich zakresach, oferując w efekcie łączną wartość świadczeń w wysokości 2.259.030 zł. Falck natomiast obniżył jedynie cenę wodnego zespołu ratownictwa medycznego do poziomu gwarantującego uzyskanie maksymalnej punktacji w kryterium cenowym (15,000 pkt), a w konsekwencji łączna wartość oferowanych przez niego usług wyniosła 2.345.895 zł. W wyniku przeprowadzonych negocjacji w rankingu końcowym Falck uzyskał 80,000 pkt łącznie za kryteria niecenowe i cenę i jako wyżej sklasyfikowany, pomimo „droższej” oferty, otrzymał kontrakt.

NIK nie podważa stanowiska Dyrektora ŁOW NFZ, że komisja konkursowa korzystając z uprawnień przysługujących jej na podstawie art. 142 ust. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej nie naruszyła zasad prowadzenia postępowania, a „kryterium ceny miało istotny wpływ na kolejność uszeregowania ofert złożonych do przedmiotowego postępowania w rankingu otwarcia”. NIK zauważa jednak, że w przypadku tego postępowania negocjacje ceny mogły mieć wpływ na łączną ocenę tylko jednego ze świadczeniodawców (Falck), gdyż wartość punktowa oferty PCZ w żaden sposób nie mogła ulec zmianie. Nie kwestionując prawidłowości

przewodzenia tego postępowania i jego rozstrzygnięcia, NIK zwraca uwagę na niedoskonałość takiego systemu oceny ofert, który pozwala na wybór oferty droższej, szczególnie w sytuacji gdy negocjacom podlega tylko cena a ich celem jest jej obniżenie.

Wątpliwości NIK budzi także nałożony przez ŁOW NFZ na oferentów obowiązek przedstawiania kalkulacji kosztów, zwłaszcza w sytuacji, gdy nie określono jednolitych zasad ich sporządzania, w efekcie czego były one nieporównywalne. Z wyjaśnień Zastępcy Dyrektora ŁOW NFZ ds. Mundurowych wynika, że miały one wyłącznie charakter pogładowy i służyły porównaniu ceny oferowanej z ceną wynikającą z kalkulacji, a także sprawdzeniu czy oferowana cena nie nosi znamion rażąco niskiej, na wypadek, gdyby komisja - korzystając z art. 142 ust. 5 pkt 1 ustawy o świadczeniach zdrowotnych - dokonała wyboru ofert wprost, odstępując od przeprowadzania negocjacji. NIK zauważa jednak, że niezależnie od ceny wynikającej z kalkulacji, świadczeniodawcy nie mogli zaproponować w ofercie ceny wyższej niż cena maksymalna określona w planie postępowań. Ponadto, w opinii NIK, brak jednoznacznego określenia (zdefiniowania) ceny rażąco niskiej mógł prowadzić do przypadków nadmiernego zaniżania cen przez oferentów. Podczas prowadzonych postępowań konkursowych, niezależnie od przedstawianych kalkulacji, żadnej z oferowanych cen komisje nie uznały za rażąco niską. Zastępca Dyrektora ŁOW ds. Mundurowych wyjaśnił, iż wielokrotnie w orzecznictwie wskazywano, że o cenie rażąco niskiej można mówić wówczas, gdy oczywiste jest, że przy zachowaniu reguł rynkowych wykonanie umowy przez wykonawcę byłoby dla niego nieopłacalne. Tymczasem w dwóch na pięć badanych postępowań oferenci przedstawili oferty o wartościach niższych niż koszty funkcjonowania zespołów ratownictwa medycznego (o 9% w rejonie operacyjnym 10/10 i o 13% w rejonie operacyjnym 10/13), tj. poniżej „progu opłacalności”, a komisje przyjęły te oferty jako nienoszące znamion cen rażąco niskich.

11. NIK nie wnosi uwag do procesu kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej na 2012 rok i lata następne w rodzaju leczenia szpitalne w zakresie szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR). ŁOW NFZ – w wyniku przeprowadzonych w 2011 r. postępowań konkursowych - zawarł od 1 stycznia 2012 r. umowy z 11 spośród 17 świadczeniodawców, którzy w 2011 r. świadczyli usługi z tego zakresu. Powodem niezawarcia umów z sześcioma podmiotami były braki wyposażenia w sprzęt i personel medyczny określone w załączniku nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2011 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego¹² oraz załączniku nr 2 do Zarządzenia Nr 87/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 22 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne. W celu zabezpieczenia świadczeń na tych obszarach, w trybie rokowań z ww. podmiotami zawarto umowy na udzielanie świadczeń w izbie przyjęć.

Po otrzymaniu pisemnej informacji od dyrektorów szpitali: SP ZOZ w Wieluniu, WSS w Zgierzu i NZOZ PCM w Pabianicach o uzupełnieniu braków i gotowości do udzielania świadczeń w SOR, ŁOW NFZ ogłosił postępowania konkursowe, w wyniku których od 4 lutego 2012 r. udziela świadczeń SP ZOZ w Wieluniu jako dwunasty SOR.

¹² Dz. U. Nr 202, poz. 1191

Postępowania dotyczące szpitalnych oddziałów ratunkowych w WSS w Zgierzu i NZOZ PCM w Pabianicach zostały ponownie unieważnione z powodu niespełniania przez te podmioty wymaganych warunków.

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

- podjęcie stosownych decyzji wobec podmiotów, z którymi zawarto umowy, pomimo że w ofertach podały dane nieprawdziwe lub niezgodne ze stanem faktycznym;
- poinformowanie o stopniu realizacji - zapowiedzianych w piśmie do Prezesa NFZ z dnia 8 listopada 2011 r. - postępowań kontrolnych u świadczeniodawców, z którymi ŁOW NFZ po raz pierwszy zawarł umowy oraz o wynikach i skutkach tych kontroli;
- wzmoczenie nadzoru nad pracami komisji konkursowych, w szczególności w celu zapewnienia rzetelnej weryfikacji ofert oraz składanych przez członków komisji oświadczeń - określonych w § 5 ust. 2 i 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r.;
- zainicjowanie działań organizacyjnych zmierzających do takiego rozpisywania konkursów na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, aby uniknąć sytuacji, w której kontrakty będą się kończyć w tym samym czasie we wszystkich rodzajach i zakresach świadczeń.

Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Łodzi, na podstawie art. 62 ust. 1 ustawy o NIK, oczekuje od Pana Dyrektora przedstawienia w terminie 21 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego, informacji o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków, bądź o działaniach podjętych w celu ich realizacji lub przyczynach niepodjęcia takich działań.

Zgodnie z treścią art. 61 ust. 1 ustawy o NIK, w terminie 7 dni od daty otrzymania niniejszego wystąpienia pokontrolnego przysługuje Panu prawo zgłoszenia na piśmie do Dyrektora Delegatury NIK w Łodzi umotywowanych zastrzeżeń w sprawie ocen, uwag i wniosków zawartych w tym wystąpieniu.

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

Z poważaniem

DYREKTOR DELEGATURY
Najwyższej Izby Kontroli w Łodzi
z up.
mgr Stanisław Wrona
WICEDYREKTOR