



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Opolu

Tekst jednolity

LOP- 4101-01-01/2013

P/12/145

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli P/12/145 – Kontraktowanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Jednostka przeprowadzająca kontrolę Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Opolu

Kontrolerzy Agnieszka Roszczak-Fedorowicz, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 82972 z 11 stycznia 2013 r.,

Paweł Lipowski, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 82970 z 11 stycznia 2013 r.,

Małgorzata Korusiewicz, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 82971 z 11 stycznia 2013 r.

(dowód: akta kontroli str. 1-6)

Jednostka kontrolowana

Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach¹

Kierownik jednostki kontrolowanej

Grzegorz Nowak, Dyrektor Oddziału od 24 września 2012 r. Wcześniej, tj. w okresie od 1 stycznia 2009 r. do 17 lipca 2012 r. Dyrektorem ŚOW-NFZ był Zygmunt Klosa.

(dowód: akta kontroli str. 95)

Ocena ogólna

II. Ocena kontrolowanej działalności

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli² sposób przeprowadzenia objętych kontrolą postępowań, w ramach których zawarte zostały umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, nie zapewniał rzetelnej weryfikacji ofert, a także, w przypadku postępowań konkursowych na udzielanie świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne, nie gwarantował zachowania uczciwej konkurencji. Powyższe wynikało zarówno z braku jednoznacznego i przejrzystego sposobu podziału środków finansowych pomiędzy oferentów i nierzetelnego prowadzenia oraz dokumentowania negocjacji z tymi podmiotami, co świadczy o występowaniu dowolności postępowania, jak też z okoliczności, które nie były zależne od Oddziału, a miały decydujący wpływ na warunki jego pracy. Dotyczy to w szczególności późnego ogłaszania postępowań, ze względu na zmianę obowiązujących przepisów i w związku z tym krótkiego czasu na przygotowanie i przeprowadzenie licznych postępowań konkursowych, co spowodowało ich kumulację w 2010 r. Okoliczności te przyczyniły się również do ograniczenia zakresu weryfikacji ofert składanych przez świadczeniodawców uczestniczących w tych postępowaniach.

O występowaniu istotnych nieprawidłowości w tym obszarze działalności Oddziału świadczą również ustalenia kontroli przeprowadzonej przez Centralę NFZ.

¹ Dalej: Oddział lub ŚOW-NFZ.

² Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

1. Planowanie i przygotowanie organizacyjne procesu kontraktowania

1.1. Plan wydatków na świadczenia opieki zdrowotnej

Oddział na etapie tworzenia Zagregowanych planów zabezpieczenia świadczeń na rok 2011 oraz na rok 2012³ uwzględniał priorytety i wskaźniki dostępności. Zatwierdzony przez Dyrektora Oddziału Plan zakupu na rok 2011 ogłoszono na stronie internetowej 7 października 2010 r., natomiast na rok 2012 5 października 2011 r. Wielkość pierwotnie planowanych środków podlegała zmianom, które w okresie objętym kontrolą wynosiły odpowiednio: w 2011 r. 7 019 467 tys. zł (wg stanu na styczeń) i 7 120 713 tys. zł (wg stanu na grudzień), a w 2012 r. 7 369 515 tys. zł i 7 498 403 tys. zł⁴. Wysokość ww. środków ulegała systematycznemu zwiększeniu w stosunku do roku ubiegłego, a wzrost ten w latach 2010-2012 (wg stanu na grudzień) wynosił odpowiednio: 2%, 1% i 5%. Największy wzrost planowanych środków dotyczył świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna⁵ (w 2009 r. o 207 584 tys. zł) oraz leczenie szpitalne⁶ (w latach 2010, 2011 i 2012 wzrost o: 422 245 tys. zł, 366 458 tys. zł, 315 082 tys. zł.) a obniżenie w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna⁷ (o 25 050 tys. zł w 2009 r.) i POZ (w latach 2011-2012 odpowiednio o: 18 000 tys. zł i 19 000 tys. zł). Wynikało to m.in. ze zmiany stawki kapitałowej, przesunięcia w planie i rozwiązania rezerwy finansowej na migrację ubezpieczonych, częściowego sfinansowania świadczeń wykonywanych ponad limit oraz świadczeń nielimitowanych i ratujących życie, a także wprowadzenia jednorodnych grup procedur oraz wyrównywania planów finansowych do roku poprzedniego.

(dowód: akta kontroli str. 9-10, 49-94, 464-470)

Przy tworzeniu Planu zakupu Oddział korzystał z analiz wskaźników epidemiologicznych sytuacji zdrowotnej populacji województwa śląskiego zawartych w publikacjach: Państwowego Zakładu Higieny pn. *Sytuacja Zdrowotna Ludności Polski* oraz Śląskiego Centrum Zdrowia Publicznego *Raport o stanie zdrowia mieszkańców województwa śląskiego za 2008 r.* Z uwagi na wysoki wskaźnik umieralności niemowląt Oddział przyjął opiekę prenatalną, jako jeden z regionalnych priorytetów zdrowotnych. Uwzględniono też zwiększenie dostępności do świadczeń diagnostyki i leczenia wrodzonych wad rozwojowych przewidzianych do kontraktowania w AOS (m.in. świadczenia w zakresie neonatologii i świadczenia w zakresie genetyki, badanie echokardiograficzne płodu). W części dotyczącej profilaktycznych programów zdrowotnych Oddział przyjmując wskaźnik zwiększonego ryzyka wystąpienia patologii płodu w przypadku ciąży po 35 roku życia, uwzględnił w priorytetach regionalnych na rok 2011 poprawę dostępności do badań prenatalnych.

(dowód: akta kontroli str. 19-21)

O uwzględnieniu wskaźników epidemiologicznych przez ŚOW-NFZ świadczyło m.in. zwiększenie w Planie zakupu na rok 2011 nakładów na realizację świadczeń w AOS w zakresie genetyki i neonatologii (z 1 170,92 tys. zł do 2 338,88 tys. zł). Pomimo iż wartości postępowań konkursowych poprzedzających zawarcie umów na rok 2011 i lata następne w ww. rodzaju i zakresach uwzględniały założony

³ Dalej: Plan zakupu.

⁴ Według stanu na miesiąc styczeń: w 2009 r. – 6 559 782 tys. zł, w 2010 r. 6 729 973 tys. zł (wg planu na styczeń) i w 2009 r.– 6 881 398 tys. zł, w 2010 r. 7 033 188 tys. zł (wg planu na grudzień).

⁵ Dalej: POZ.

⁶ Dalej: LSZ.

⁷ Dalej: AOS.

w Planie zakupu 100% wzrost poziomu finansowania świadczeń, to w wyniku rozstrzygnięcia tych postępowań (za wyjątkiem badań echokardiograficznych płodu) wzrostu tego nie osiągnięto (z uwagi na niższe wartości świadczeń zawartych w ofertach⁸).

(dowód: akta kontroli str. 45-48)

Oddział przy planowaniu zakupu świadczeń uwzględnił określone przez Centralę NFZ priorytety ogólnopolskie dotyczące: leczenia psychiatrycznego, AOS i LSZ, jak również następujące priorytety regionalne: opieka prenatalna, poprawa dostępności do świadczeń w zakresie oddziałów geriatrycznych, dążenie do zwiększenia placówek realizujących świadczenia w zakresie badań prenatalnych i stacjonarnej opieki geriatrycznej.

(dowód: akta kontroli str. 12-18, 49-94)

Uwzględnienie w 2012 r. tych priorytetów, spowodowało m.in.: w LSZ wzrost ceny za punkt rozliczeniowy do poziomu 52 zł (wg zaleceń Centrali NFZ), w AOS zwiększenie planowanej liczby zakupu procedur zabiegowych o dodatkowe 5%, w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień zwiększenie poziomu finansowania w zakresie programu leczenia substytucyjnego o ok. 12%. Ponadto zwiększony został również poziom finansowania programu profilaktyki raka piersi do poziomu faktycznego wykonania z roku ubiegłego, w związku ze zwiększoną liczbą wykonywanych badań mammograficznych⁹. Łączny wzrost finansowania świadczeń na rok 2012 w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne w stosunku do obowiązujących umów na rok 2011 wyniósł 15%.

(dowód: akta kontroli str. 11-24, 49-94)

Wykonanie planowanych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w latach 2009-2012 (wg sprawozdań rocznych z wykonania planu finansowego Oddziału) wynosiło, odpowiednio: 6 827,58 mln zł, 6 981,48 mln zł, 7 089,93 mln zł i 7 239,77 mln zł (tj. 99,2% , 99,3%, 99,57% i 96,5% planu).

(dowód: akta kontroli str. 9-10, 464-470)

We wszystkich rodzajach świadczeń plan wykonano na poziomie przekraczającym 90%, za wyjątkiem refundacji cen leków, gdyż w latach 2009-2012 wykorzystano na ten cel odpowiednio: 711,31 tys. zł, 879,71 tys. zł, 1 143,36 tys. zł i 1 262,82 tys. zł (36,55%, 45,21%, 58,75% i 54,20% planu).

(dowód: akta kontroli str. 11-24, 49-94)

Z uwagi na brak ogólnych regulacji w zakresie wydzielenia obszarów kontraktowania świadczeń (za wyjątkiem nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej¹⁰) Dyrektor Oddziału wydzielił cztery obszary kontraktowania świadczeń. Obszary kontraktowania w poszczególnych rodzajach świadczeń oraz wskaźniki dostępności wykazane zostały w Planie zakupu.

W okresie objętym kontrolą przeprowadzono postępowania konkursowe w oparciu o jednostki podziału obszaru kontraktowania: województwo, subregiony (południowy, północny, centralny, zachodni), podregiony (bielski, częstochowski, bytomski, gliwicki, katowicki, sosnowiecki, tyski, rybnicki) oraz powiaty. Obszary kontraktowania wyznaczono w oparciu o *rozmieszczenie potencjału wykonawczego* w poszczególnych częściach województwa śląskiego (miejsca udzielania świadczeń w podziale na ich zakresy i rodzaje).

⁸ Zaplanowana kwota postępowania konkursowego w zakresie genetyki (przewidziana na pierwszy okres rozliczeniowy: I-VI 2011 r.) wyniosła 205,44 tys. zł, a kwota wynikająca z ofert wyniosła 133,84 tys. zł. (tj. 65% wartości postępowania). Łączna wartość postępowań konkursowych w zakresie neonatologii (przewidziana na pierwszy okres rozliczeniowy: I-VI 2011 r.) wyniosła 737,36 tys. zł, a kwota wynikająca z ofert wyniosła 700,08 tys. zł, (tj. 95% wartości postępowania).

⁹ W 2012 r. nastąpił wzrost planowanego finansowania świadczeń: badań prenatalnych, programu profilaktyki raka piersi oraz programu profilaktyki raka szyjki macicy.

¹⁰ Dalej: NiSOZ.

W kontraktowanym po raz pierwszy w 2011 r. zakresie NiSOZ wydzielono 52 obszary, w tym cztery na terenie miasta Katowice¹¹. Podstawę dla takiego podziału stanowiły: rozkład terytorialny gmin/dzielnic miast, liczba populacji oraz wnioski władz miast na prawach powiatu. Liczba osób zamieszkujących dany teren odpowiadała górnej granicy określonej w zarządzeniu Prezesa NFZ¹². Jako podstawę dla populacji do 50 tys. osób (obszar) przyjęto wartość zaproponowaną przez Prezesa NFZ, tj. stawkę bazową ryczału miesięcznego w wysokości 56 tys. zł¹³. W przypadku trzech obszarów o populacji poniżej 40 tys. osób obniżono stawkę bazową do wysokości 1 633 zł (ryczałt dobowy). Konkurs na udzielanie świadczeń w ramach NiSOZ ogłoszono z dokładnością do ceny ryczału dobowego, a w czerwcu 2011 r. zawarte umowy zostały aneksowane z dokładnością do ceny za ryczałt miesięczny. Wartość zawartych umów ulegała zmianie ze względu na wynik przeprowadzonych negocjacji z oferentami.

(dowód: akta kontroli str. 619-658)

Dyrektor ŚOW-NFZ wyjaśnił, iż przy wyznaczaniu obszarów kontraktowania kierował się *poszanowaniem zasady równego traktowania podmiotów - oferentów, dążeniem do zabezpieczenia równego dostępu osób ubezpieczonych do świadczeń oraz chęcią optymalnego wykorzystania środków finansowych (niedopuszczenie do nieuzasadnionej koncentracji kontraktów przy jednoczesnym powstaniu obszarów o sztucznie obniżonej dostępności)*.

(dowód: akta kontroli str. 20-21, 22, 49-94)

W okresie objętym kontrolą, pomimo ogłoszonych postępowań konkursowych, wystąpiło sześć obszarów tzw. białych plam (obszarów, na których nie udzielano świadczeń), które dotyczyły: AOS w zakresie chorób zakaźnych dla dzieci, świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym/opiekuńczo-leczniczym dla dzieci wentylowanych mechanicznie oraz badań zgodności tkankowej (dopiero w lutym 2013 r. wyłoniono realizatora ww. świadczeń) oraz leczenia stomatologicznego dla świadczeniobiorców z grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych, w tym chorych na AIDS¹⁴.

Według wyjaśnień Dyrektora Oddziału przyczyną wystąpienia tzw. białych plam był brak zainteresowania ze strony podmiotów leczniczych realizacją danego typu świadczeń na danym obszarze, w ramach umowy z NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 619-658)

¹¹ Począwszy od 2013 r. wydzielono 56 obszarów; nie wprowadzono zmian na terenie miasta Katowice.

¹² Zarządzenie 85/2010/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 23 grudnia 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej definiowało obszary zabezpieczenia dla populacji do: 50, 100, 150 i powyżej 150 tys. mieszkańców.

¹³ Założono, że koszt zatrudnienia dodatkowego zespołu medycznego będzie wynosił 33 tys. zł. W sytuacji, gdy liczba populacji była większa od 50 tys. osób, ale nie było kolejnych „pełnych” 50 tys. świadczeniobiorców, do stawki podstawowej dodawano odpowiednio przeliczoną wartość 33 tys. zł. Na terenach wiejskich zwiększono stawkę bazową o współczynnik 1,15 lub 1,2 (zależnie od rozległości obszaru) lub o współczynnik 1,4 na terenie górskim.

¹⁴ W subregionie zachodnim (powiaty: raciborski, rybnicki, wodzisławski, m. Jastrzębie-Zdrój, m. Rybnik, m. Żory) nie zostały zabezpieczone świadczenia ogólnostomatologiczne udzielane w znieczuleniu ogólnym, a w subregionie południowym (powiaty: bielski, cieszyński, żywiecki, m. Bielsko-Biała) świadczenia stomatologicznej pomocy doraźnej.

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

Oddział przy sporządzaniu Planów zakupu zaniechał współpracy z innymi podmiotami, w tym z konsultantami wojewódzkimi (krajowymi) poszczególnych specjalności medycznych, pomimo tego, że obowiązek takiej współpracy wynika z treści art. 107 ust. 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁵. Według wyjaśnień Naczelnika Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej Oddziału ¹⁶ Anny Czagan-Niedbał powyższe wynikało m.in. z faktu, iż *udział przedstawicieli samorządu zawodów medycznych oraz konsultantów mógłby zostać odebrany, jako forma lobbingu, gdyż w części przypadków wyżej wymienieni utworzyli podmioty lecznicze (lub są ściśle związani), które zawarły kontrakty z NFZ.*

(dowód: akta kontroli str. 23-24)

Z uwagi na fakt, iż forma takiej współpracy nie została w przepisach jednoznacznie określona, zdaniem NIK, Oddział miał możliwość ukształtowania jej w sposób zapewniający przejrzystość, tak, aby wyniki tej współpracy mogły być wykorzystywane m.in. przy planowaniu zakupu świadczeń.

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Przy sporządzaniu Planu zakupu Oddział nie korzystał z danych dotyczących liczby osób oczekujących oraz czasu oczekiwania na udzielenie poszczególnych świadczeń (tzw. kolejki oczekujących). Według wyjaśnień Anny Czagan-Niedbał, spowodowane było to brakiem możliwości pełnej weryfikacji takich danych, co w konsekwencji *stawiało pod znakiem zapytania ich miarodajność.*

Powyższa okoliczność, zdaniem NIK, stanowi ograniczenie w rzetelnym planowaniu zakupu świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 20)

1.2. Postępowania konkursowe

W okresie objętym kontrolą Oddział przeprowadził 37 postępowań konkursowych (tzw. głównych) dla 10 rodzajów świadczeń (w 2009 r. - 3, w 2010 r. - 21, w 2011 r. - 9 i 2012 r. - 4), w ramach których wpłynęło łącznie 10 724 ofert. W 2010 r. (konkurs na 2011 r.) nastąpiła kumulacja postępowań, w związku z ich równoczesnym zaplanowaniem i ogłoszeniem, w okresie od 15 do 20 września 2010 r., dla 8 rodzajów świadczeń (AOS, PSY, REH, STM, PRO, SOK, SPO, OPH¹⁷). W postępowaniach tych wpłynęło łącznie 8 783 ofert. Jakkolwiek w piśmie z 30 sierpnia 2010 r. skierowanym do dyrektorów oddziałów, Prezes NFZ zwrócił się z prośbą o sukcesywne ogłaszanie konkursów ofert i rokowań na 2011 r., to z uwagi na czas pozostały do końca roku, nie można było uniknąć kumulacji postępowań.

(dowód: akta kontroli str. 461, 462, 471, 446-457)

Oddział w okresie objętym kontrolą nie podejmował działań w celu zdywersyfikowania okresu obowiązywania umów dla poszczególnych rodzajów świadczeń na lata następne, jak też nie występował o zgodę, na podstawie art. 156 ust. 1 ustawy o świadczeniach, na zawarcie umów na czas dłuższy niż 3 lata.

(dowód: akta kontroli str. 439-441, 458-460, 462, 472)

¹⁵ Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.; dalej: ustawa o świadczeniach.

¹⁶ Dalej: Naczelnika Wydziału ŚOZ.

¹⁷ PSY-opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, REH-rehabilitacja lecznicza, STM-leczenie stomatologiczne, PRO-profilaktyczne programy zdrowotne, SOK-świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, SPO-świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, OPH-opieka paliatywna i hospicyjna.

Z uwagi na kumulację postępowań przeprowadzonych w 2010 r., w ocenie NIK czas na rzetelne przygotowanie ofert przez świadczeniodawców (2-3 tygodnie), jak również czas na przeprowadzenie postępowań konkursowych nie był wystarczający. Świadczeniodawcy byli zobligowani, zgodnie z wymogami dla każdego zakresu świadczeń, sporządzić osobną ofertę i pełną dokumentację w postaci załączników, co jest czynnością czasochłonną. W powyższym zakresie należy jednak zauważyć, że zgodnie z art. 121 ust. 4 ustawy o *świadczeniach* termin ogłoszenia konkursów był uwarunkowany przez proces zatwierdzenia planu finansowego NFZ (do 14 sierpnia każdego roku). Termin ten był uzależniony od nowelizacji rozporządzeń w sprawie świadczeń gwarantowanych¹⁸ i wydania na ich podstawie zarządzeń Prezesa NFZ (w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów oraz w sprawie określenia kryteriów oceny ofert). Ponadto przed ogłoszeniem konkursów¹⁹ wprowadzono zmiany odnoszące się do niektórych zakresów świadczeń, a we wszystkich rodzajach świadczeń zmieniono zapis dotyczący kontroli NFZ u świadczeniodawców.

Ogłaszanie konkursów przez Oddział uzależnione było również od przygotowań technicznych, tj. głównie od otrzymania z Centrali NFZ elektronicznej wersji szablonów dokumentów konkursowych²⁰, po ich otrzymaniu Oddział niezwłocznie rozpoczynał ogłaszanie konkursów, które publikowano na stronie internetowej ŚOW-NFZ.

Z uwagi na fakt, że Oddział nie podejmował dotychczas skutecznych działań w celu uniknięcia kumulacji ogłaszanych postępowań (w tym po przez dywersyfikację okresów, na które były zawierane umowy) zdaniem NIK nadal istnieje ryzyko wystąpienia nieprawidłowości przy równoczesnym prowadzeniu wielu postępowań konkursowych.

(dowód: akta kontroli str. 405-430)

1.3. Przygotowanie organizacyjne Oddziału do przeprowadzenia postępowań konkursowych

Liczba złożonych ofert w poszczególnych rodzajach świadczeń w ramach konkursów głównych wynosiła: 5 197 – AOS (2010 r.), 1 521 – STM (2010 r.), 734 – REH (2010 r.), LSZ – 1 070 (2012 r.)²¹. W skład komisji konkursowych w latach 2010-2012 Dyrektor ŚOW-NFZ z pośród pracowników zatrudnionych w Oddziale (603 osoby w 2010 r.) powoływał nie tylko pracowników merytorycznych z Wydziału ŚOZ, ale także z innych komórek organizacyjnych (w tym: Sekcji Obsługi Ubezpieczonych, Kancelarii Ogólnej, Wydziału Organizacyjnego, Działu skarg i wniosków, a także Delegatury w Gliwicach, Dąbrowie Górniczej oraz w Rybniku).

¹⁸ Tzw. rozporządzenia koszykowe, definiujące przedmiot i warunki realizacji umów w poszczególnych rodzajach i zakresach świadczeń.

¹⁹ Zarządzenie nr 50/2010/DSOZ z 1 września 2010 r. zmieniające zarządzenie nr 73/2009/DSOZ z 13 listopada 2009 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, zwane dalej zarządzeniem nr 73/2009/DSOZ.

²⁰ Ogłoszenie postępowania w LSZ (terapeutyczne programy zdrowotne, chemioterapia, programy lekowe) – ogłoszenie Zarządzenia Prezesa NFZ z 10 maja 2012 r. (opublikowane 11 maja 2012 r.), publikacja szablonów przez Centralę NFZ i ogłoszenie postępowania na stronie Oddziału ŚOW-NFZ 14 maja 2012 r.

²¹ Przykładowa pracochłonność poszczególnych operatorów w konkursach głównych w AOS i w LSZ przedstawiała się następująco: w konkursie w AOS (2010 r.) – 4 osoby wczytały powyżej 200 ofert (maksymalnie 264), 23 osoby powyżej 150 ofert, 3 powyżej 100 ofert 11 osób powyżej 50 ofert, natomiast w konkursie w LSZ (2012 r.) – 9 osób powyżej 50 ofert, 14 powyżej 30 ofert, 6 powyżej 20 ofert.

Powołane przez Dyrektora ŚOW-NFZ komisje konkursowe liczyły: w AOS do 75 osób, a w LSZ od 13 do 51 osób²². Każdorazowo w ramach komisji powoływano również zespoły ds.: *otwarcia ofert, oceny merytorycznej ofert i wczytania ofert do systemu informatycznego oraz ds. przeprowadzenia negocjacji (...)*. Zespoły te liczyły: w AOS od 20 do 43 osób, a w LSZ od 11 do 49 osób. Jak wyjaśnił Dyrektor Oddziału, taka liczebność komisji była podyktowana *potrzebami wynikającymi z ilości ofert i czasu na przeprowadzenie konkursu* (w AOS przewidziano zawarcie umów w 83 zakresach, zakładając, że liczba ofert może sięgnąć 6,5 tys.). Uzasadnieniem dla powołania wieloosobowej komisji, zdaniem Dyrektora ŚOW-NFZ, była natomiast m.in. *możliwość płynnego przejęcia pracy innego zespołu negocjacyjnego w ramach tej samej komisji oraz negocjowanie całej umowy w danym rodzaju świadczeń (wszystkie zakresy) dla danego świadczeniodawcy przez jeden zespół*.

(dowód: akta kontroli str. 96, 351-395, 439-441, 442-445)

W latach 2010-2011 Oddział przeprowadził szkolenia dla świadczeniodawców (uczestniczących m.in. w konkursie głównym w AOS), które dotyczyły warunków udziału w postępowaniach konkursowych. Szkoleń takich nie przeprowadzono natomiast w 2012 r., tj. w roku, w którym odbywał się m.in. konkurs główny w LSZ.

(dowód: akta kontroli str. 405-430)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Zdaniem NIK znaczące obciążenie Oddziału związane z równoczesnym prowadzeniem wielu postępowań konkursowych i zawieraniem umów z świadczeniodawcami, jak również wynikająca z tego faktu konieczność angażowania w tym zakresie pracowników z komórek organizacyjnych Oddziału niezwiązanych merytorycznie z danym rodzajem, czy zakresem świadczeń, stwarza istotne ryzyko wystąpienia błędów nie tylko przy prowadzeniu tych postępowań, ale i też realizacji innych bieżących zadań. Powyższe potwierdził Dyrektor Oddziału wskazując na zwiększone trudności kadrowe związane obsługą konkursów twierdząc m.in., że (...) *postępowania konkursowe były znaczącym obciążeniem dla całego oddziału wojewódzkiego i zakłóciły normalne funkcjonowanie działów, z których powołano pracowników do komisji konkursowych, a zadania musiały być wykonane przez mniejszą liczbę pracowników*. Podobnie Aleksandra Makselon Jarząbek²³ zeznała m.in., iż *osoby wyznaczone na członków Komisji konkursowej nie były w większości przygotowane merytorycznie (...)*.

O znacznym obciążeniu Oddziału świadczy skala zawartych umów okresie objętym kontrolą. W wyniku przeprowadzonych postępowań głównych umowy podpisano z 3 501 świadczeniodawcami, co stanowiło 94% świadczeniodawców realizujących świadczenia na terenie województwa śląskiego przed ogłoszeniem tych postępowań (w AOS 1 004 świadczeniodawców udzielało świadczeń przed konkursem, po postępowaniu zawarto umowy z 995, w LSZ - oddziały – wartości te wynosiły odpowiednio: 193 i 148).

(dowód: akta kontroli str. 351-395, 459-460)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonej nieprawidłowości, działalność Oddziału w zbadanym zakresie.

²² Przykładowo komisja konkursowa w AOS musiała ocenić 5 197 ofert, a następnie z 4 765 świadczeniodawcami przeprowadzić negocjacje.

²³ W latach 2010-2012 kierownik Działu Kontraktowania Świadczeń w Lecznictwie Szpitalnym, Opiece Psychiatrycznej i SOK.

2. Ocena procesu weryfikacji ofert w postępowaniach konkursowych

2.1. Zgodność złożonych przez świadczeniodawców ofert z wymogami

Szczegółowymi badaniami objęto 22 postępowania w ramach tzw. konkursów głównych w następujących rodzajach świadczeń: 13 w AOS, sześć w LSZ oraz dwa w REH (w tym jedno prowadzone w ramach rokowań) i jedno w OPH.

Zasady dotyczące postępowania konkursowego na lata 2010-2011 dopuszczały, aby w formularzu ofertowym świadczeniodawca zadeklarował spełnienie określonych warunków od momentu podpisania umowy. W konkursie w AOS²⁴ w przypadku 759 odpowiedzi ankietowych²⁵ w formularzu ofertowym oferenci zadeklarowali niespełnianie danego warunku w dniu złożenia oferty, lecz dopiero od początku obowiązywania umowy (tj. od dnia 1 stycznia 2011 r.). Dodatkowo w ramach prowadzonego postępowania komisja konkursowa, po dokonaniu weryfikacji dokumentów ofertowych składanych przez świadczeniodawców, zakwalifikowała 99 oferentów do tej kategorii. Weryfikacji spełniania deklarowanych warunków, w przypadku wybranych 96 świadczeniodawców, Oddział dokonał w trakcie kontroli przeprowadzonych w maju 2011 r., w wyniku, których rozwiązano pięć umów.

(dowód: akta kontroli str. 509, 1215-1217, 1252-1323)

W ramach konkursu głównego w LSZ²⁶ (w którym przeprowadzono 315 postępowań) w 105 odpowiedziach ankietowych zadeklarowano niespełnianie danego warunku w dniu złożenia oferty, a w dwóch przypadkach spełnianie warunku w dniu złożenia oferty i od początku obowiązywania umowy. W wyniku weryfikacji tych odpowiedzi komisja uznała 54 oferty za spełniające dany warunek w dniu złożenia (i mające go spełniać od początku obowiązywania umowy), a w 28 przypadkach, że powyższy warunek nie dotyczy oferenta, w związku z powyższym nie był zobowiązany do składania deklaracji w tym zakresie.

(dowód: akta kontroli str. 509, 1252-1323)

Oddział nie posiadał sformalizowanej (własnej) procedury wewnętrznej weryfikacji ofert składanych w toku prowadzonych postępowań. Dyrektor ŚOW NFZ wyjaśnił natomiast, że *w postępowaniu konkursowym w AOS, celem zminimalizowania ryzyka powstawania błędów w toku procesu sprawdzania ofert, powołano zespół sprawdzający całość korespondencji wysyłanej do oferentów dotyczącej braków formalnych i odrzuceń ofert, który weryfikował ich poprawność. Ograniczono także z jednego do trzech liczbę zakresów świadczeń powierzonych do otwarcia poszczególnym zespołom.*

(dowód: akta kontroli str. 220-252)

W konkursie głównym w AOS, odrzuconych zostało ogółem 428 ofert (ok. 8% złożonych) z następujących powodów: niespełnienia wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Prezesa NFZ na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy o świadczeniach (394, tj. 92% odrzuconych ofert); nieprzedstawienie przez oferenta wymaganych dokumentów oraz ich nieuzupełnienie (30 ofert oraz w dwóch przypadkach łącznie z powodu spełnienia pierwszej ze wskazanych przesłanek); nieokreślenie przedmiotu oferty, liczby lub ceny świadczeń (jedna oferta) oraz podanie rażąco niskiej ceny (jedna oferta).

²⁴ Okres obowiązywania umów po tzw. konkursie głównym w AOS oznaczono: od 1 stycznia 2011 r. do 31 grudnia 2013 r. W tym konkursie w ramach 523 postępowań złożono 5 240 ofert.

²⁵ System komputerowy wykorzystywany do oceny ofert nie generował liczby świadczeniodawców, deklarujących spełnienie tych wymagań, dane w tym zakresie odnoszą się do zapisów w ankietach.

²⁶ Okres obowiązywania umów po tzw. konkursie głównym LSZ oznaczono: od 1 lutego 2012 r. do 31 grudnia 2014 r. (m.in. postępowania zespołów chirurgii jednego dnia ogłoszono 22 grudnia 2011 r.).

W konkursie głównym w LSZ odrzuconych zostało ogółem 156 ofert, co nastąpiło z następujących powodów: niespełnienie warunków określonych w przepisach prawa oraz przez Prezesa NFZ na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy o świadczeniach (98% przypadków²⁷) oraz po jednym przypadku z powodów: złożenia oferty po terminie, złożenia oferty alternatywnej, dostarczenia nieprawdziwych informacji i nieprzedstawienia wszystkich wymaganych dokumentów oraz ich nieuzupełnienia w terminie.

(dowód: akta kontroli str. 509, 545-547)

W konkursie głównym w AOS wysłano 2 689 wezwań w sprawie wyjaśnienia niezgodności danych w ofercie, które dotyczyły w szczególności: niedostarczenia kopii umowy o podwykonawstwo albo zobowiązania się podwykonawcy do zawarcia takiej umowy (w 1 131 przypadkach, tj. 42% wezwań); braku ankiety zawierającej dane dla określonego rodzaju lub zakresu świadczeń (421 przypadków, tj. 16%) oraz niedostarczenia dokumentów lub oświadczeń (398 przypadków, tj. 15%). W konkursie głównym w LSZ, wysłano 521 takich wezwań, które dotyczyły w szczególności: niedostarczenia kopii umowy o podwykonawstwo albo zobowiązania się podwykonawcy do zawarcia takiej umowy (w 326 przypadkach, tj. 63% wezwań); braku oświadczenia o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (w 61 przypadkach, tj. 12%) oraz niedostarczenia kopii polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej na okres obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń (w 51 przypadkach, tj. 10%).

(dowód: akta kontroli str. 509, 545-547)

Badanie wezwań do usunięcia braków formalnych skierowanych do świadczeniodawców, którzy złożyli oferty w ramach postępowań objętych badaniem (31 wezwań, w tym 10 w AOS i 16 w LSZ) potwierdziło, że wezwania te były zasadne i wynikały z oczywistych braków w tych ofertach. Z uwagi na nieusunięcie stwierdzonych niezgodności, pomimo uprzedniego wezwania, Komisja odrzuciła oferty z powodów niespełnienia warunków (394 ofert w AOS, 154 w LSZ i 13 w SOK) oraz nieprzedstawienia przez oferenta wszystkich wymaganych dokumentów i nieuzupełnienia ich wymaganym terminie (30 ofert w AOS i po jednej ofercie w LSZ i w SOK).

(dowód: akta kontroli str. 545-549, 1218-1220)

W okresie objętym kontrolą ŚOW-NFZ nie kierował do prokuratury zawiadomień w sprawie tzw. kłamstw ofertowych, przyjmując wyjaśnienia świadczeniodawców, że wszelkie rozbieżności w treści ofert były wynikiem omyłek pisarskich. W jedynym przypadku, w wyniku kontroli przeprowadzonej w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym Nr 5 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach Oddział, poza wypowiedzeniem umowy, o którym mowa w pkt. 2.2. wystąpienia pokontrolnego, zawiadomił Agencję Bezpieczeństwa Wewnętrznego o podejrzeniu popełnienia przestępstwa²⁸.

(dowód: akta kontroli str. 220-252, 739-753)

²⁷ Z tego powodu odrzucono 144 ofert, przy czym dodatkowo: w siedmiu przypadkach - łącznie z dostarczeniem nieprawdziwych informacji oraz w dwóch - łącznie z nieprzedstawieniem przez oferenta wszystkich wymaganych dokumentów i nie uzupełnieniem ich w terminie.

²⁸ Zawiadomienie z 7 września 2012 r. dotyczyło podania nieprawdziwych informacji oraz poświadczenia nieprawdy w postępowaniu przeprowadzonym w trybie konkursu ofert w LSZ w zakresie chirurgia onkologiczna – hospitalizacja.

2.2. Prawidłowość dokonania oceny ofert w części jawnej postępowania

1. Kontrolą w zakresie prawidłowości oceny ofert objęto 22 postępowania, w tym:
- wybrane losowo: pięć postępowań w AOS²⁹ i dwa w LSZ³⁰;
 - wybrane celowo: cztery postępowania w LSZ, osiem w AOS³¹ i po jednym: w REH³² oraz w OPH³³, a także jedno postępowanie w trybie rokowań w REH³⁴.
- (dowód: akta kontroli str. 259-268, 281-299, 501-508, 543-544, 550-618, 739-753, 774-797, 1202-1214, 1221-1251, 1324-1581)

W przypadku podmiotów, dla których organem założycielskim był Minister Obrony Narodowej, Minister Sprawiedliwości lub minister właściwy do spraw wewnętrznych (tzw. świadczeniodawcy mundurowi) ŚOW-NFZ przyjął praktykę ogłaszania odrębnych postępowań dla tych świadczeniodawców. Badanie ww. postępowań w AOS potwierdziło, iż były one adresowane wyłącznie dla tzw. zwykłych świadczeniodawców. W związku z zaleceniami Prezesa NFZ z 22 sierpnia 2011 r. postępowania w ramach konkursu głównego w LSZ adresowane były do wszystkich świadczeniodawców.

(dowód: akta kontroli str. 754-772)

Liczbę jednostek rozliczeniowych (punktów) oraz ich cenę Oddział określał w planie postępowań sporządzanym na dany rok z uwzględnieniem tzw. obszarów kontraktowania. Przed określeniem ceny jednostki rozliczeniowej ŚOW-NFZ nie pozyskiwał od świadczeniodawców danych dotyczących sporządzanej przez te podmioty wyceny procedur medycznych. W przypadku AOS podstawą dla wyliczenia liczby jednostek rozliczeniowych były: dotychczasowe wielkości zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej³⁵; dane o wysokości wykonania świadczeń oraz symulacja wykonania rocznego – obliczona w oparciu o poziom realizacji kontraktów (m.in. dodatkowo w przypadku poradni kardiologicznych i z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu założono 3% wzrost poziomu kontraktowania). Natomiast w przypadku LSZ, jej wyznacznikiem było zalecenie Prezesa NFZ z 14 czerwca 2011 r. (jako tzw. wartość bazową

²⁹ Kardiologia (nr postępowania: 12-11-000628/AOS/02/1/02.1100.01.02/1; wartość: 624 tys. zł), ortopedia i traumatologia narządu ruchu nr: 12-11-000964/AOS/02/1/02.1580.001.02/1 (327 tys. zł), 12-11-000965/AOS/02/1/02.1580.001.02/1 (695 tys. zł), 12-11-000969/AOS/02/1/02.1580.001.02/1 (293 tys. zł) i 12-11-000970/AOS/02/1/02.1580.001.02/1 (805 tys. zł).

³⁰ Kardiologia - *hospitalizacja skojarzony* (12-12-000230/LSZ/03/1/1; 10 049 tys. zł) oraz ortopedia i traumatologia narządu ruchu - *hospitalizacja planowa* (12-12-000694/LSZ/03/1/1; 40 394 tys. zł).

³¹ W pierwszej grupie podmioty z siedzibami w: Jaworznie w zakresach: kardiologia: 12-11-000855/AOS/02/1/02.1100.001.02/1 (2 005 tys. zł) i okulistyka: 12-11-000995/AOS/02/1/02.1600.001.02/1 (501 tys. zł); Katowicach w zakresach: ortopedia i traumatologia narządu ruchu: 12-11-000968/AOS/02/1/02.1580.001.02/1 (1 752 tys. zł) oraz okulistyka: 12-11-000996/AOS/02/1/02.1600.001.02/1 (5 663 tys. zł); Wierzu w zakresach: ortopedia i traumatologia narządu ruchu – *zespół chirurgii jednego dnia*: 12-12-000787/LSZ/03/1/03.4580.032.02/1 (1 279 tys. zł) oraz okulistyka – *zespół chirurgii jednego dnia wraz z tzw. zakresami skojarzonymi*: 12-12-000773/LSZ/03/1/1 (2 443 tys. zł) oraz w Bielsku-Białej w zakresie chirurgii ogólnej – *zespół chirurgii jednego dnia*: 12-12-000797/LSZ/03/1/03.4500.032.02/1 (2 559 tys. zł). W drugiej grupie podmioty z siedzibami w: Tychach w zakresie chirurgii dziecięcej: 12-11-000948/AOS/02/1/02.1501.001.02/1 (106 tys. zł) oraz w zakresie otolaryngologii – *zespół chirurgii jednego dnia*: 12-12-000770/LSZ/03/1/03.4610.032.02/1 (980 tys. zł); Żywcu w zakresie chirurgii ogólnej: 12-11-000668/AOS/02/1/02.1501.001.02/1 (608 tys. zł); Katowicach w zakresie chirurgii ogólnej: 12-11-000935/AOS/02/1/02.1500.001.02/1 (1 974 tys. zł) oraz w Częstochowie w zakresie neurologii dziecięcej: 12-11-000775/AOS/02/1/02.1221.001.02/1 (210 tys. zł).

³² Postępowanie o wartości 300 tys. zł (nr: 12-11-000323/REH/05/1/05.2300.023.02/1).

³³ Postępowanie o wartości 1.048 tys. zł (nr: 12-11-000011/OPH/15/1/15.2181.027.04/1).

³⁴ Postępowanie o wartości 123 tys. zł (nr: 12-11-001371/REH/05/1/05.2300.021.02/1).

³⁵ Zwanych dalej także „kontraktami”.

przyjęto dane z umów według stanu na czerwiec 2011 r., przy czym uwzględniono zalecenia Centrali NFZ dotyczące podniesienia w 2012 r. tej ceny do poziomu 52 zł). W ww. postępowaniach, nie przekraczano przyjętej w planie ceny jednostki rozliczeniowej (ewentualna różnica między ceną planowaną a przyjętą ofertą nie przekraczała 10%). Również wartość wybranych ofert odpowiada wartości przedmiotu postępowania podanej w ogłoszeniu (tylko w przypadku trzech postępowań w AOS wartość złożonych i wybranych ofert była niższa i stanowiła – odpowiednio: 67%, 92% i 96% wartości zaplanowanej)³⁶.

(dowód: akta kontroli str. 754-772)

Postępowania te były prowadzone na podstawie Procedur konkursu ofert i rokowań wprowadzonych przez Prezesa NFZ³⁷.

W wyniku badania 98 ofert złożonych w ramach ww. postępowań (w tym m.in.: 58 z AOS i 30 z LSZ), stwierdzono, że komisje konkursowe, za wyjątkiem przypadków określonych w dalszej części wystąpienia, przestrzegały zasad oceny ofert określonych w zarządzeniach Prezesa NFZ w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej³⁸, w szczególności:

- ocena ofert odbywała się za pomocą systemu komputerowego według szablonu udostępnionego przez Centralę NFZ, który naliczał punktację odpowiednio do kryteriów³⁹;

- weryfikacja zgodności odpowiedzi ankietowych z częścią opisową oferty (na podstawie analizy wybranych odpowiedzi) w zakresie: harmonogramu pracy komórki organizacyjnej (poradni w AOS); czasu pracy lekarza specjalisty w czasie pracy wszystkich lekarzy (poradni w AOS); posiadanego personelu (lekarze i tzw. personel inny, w tym m.in. pielęgniarki); sprzętu i aparatury medycznej oraz pozostałych wymaganych warunków (m.in. dostęp/zapewnienie realizacji badań diagnostycznych, zgodność treści załączonego wypisu z rejestrem zakładów opieki zdrowotnej - w AOS⁴⁰/rejestrem podmiotów wykonujących działalność leczniczą – w LSZ) - z zakresem, na który złożona była oferta, przeprowadzana była przez członka komisji (zespołu ds. otwarcia ofert)⁴¹.

(dowód: akta kontroli str. 259-268, 281-299, 501-508, 543-544, 550-618, 739-753, 774-797, 1202-1214, 1221-1251, 1324-1581)

³⁶ Postępowania o nr: 12-11-000969/AOS/02/1/02.1580.001.02/01; 12-11-000995/AOS/02/1/02.1600.001.02/1 i 12-11-000948/AOS/02.1501.001.02/1.

³⁷ Procedura konkursu ofert lub rokowań prowadzona na podstawie ustawy o świadczeniach (...) Wersja 5.6. - 2010 r. wprowadzona pismem Prezesa NFZ nr CF/DSOZ/KAC/2010/075/0830/W/19141, Wersja 5.9. - 2011 r. wprowadzona pismem Prezesa NFZ CF/DSOZ/KAC/2011/075/1899/W/24202; dalej: *Procedura*.

³⁸ W AOS - Zarządzenie Nr 73/2009/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 13 listopada 2009 r. (ze zm.), a w LSZ - Zarządzenie Nr 54/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 września 2011 r. (ze zm.).

³⁹ Zarówno w AOS, jak i w LSZ nie we wszystkich postępowaniach stosowano wszystkie kryteria oceny – dotyczyło to we szczególności kryteriów: kompleksowości opieki zdrowotnej w AOS oraz dostępności i kompleksowości opieki zdrowotnej w REH i w OPH (te kryteria nie były dodatkowo oceniane). Decyzja dotycząca stosowania lub braku stosowania wszystkich kryteriów oceny ofert, nie należała do ŚOW-NFZ, a wynikała z szablonów postępowań przygotowanych i dostarczanych przez Centralę NFZ, w których definiowano te parametry.

⁴⁰ Obecnie: rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą – w wyniku wejścia w życie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r., poz. 213), obowiązującej od 1 lipca 2011 r., która zastąpiła ustawę z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm.).

⁴¹ Polegała ona m.in. na ręcznym porównywaniu (przeliczaniu) odpowiedzi ankietowych z ww. danymi, a potwierdzeniem takiej weryfikacji były m.in. notatki odręczne członków komisji, jakkolwiek bez podpisu i daty.

We wszystkich badanych postępowaniach w AOS ogłoszenie o rozstrzygnięciu nastąpiło po 26 dniach (po terminie pierwotnie założonym w ogłoszeniu); w LSZ we wszystkich badanych postępowaniach ogłoszenie o rozstrzygnięciu nastąpiło w dniu planowanym na etapie ogłoszenia konkursu ofert.

Zmiana terminów składania (o pięć dni) oraz otwarcia ofert (o trzy dni) w konkursie na lata 2011-2013 wynikała z małej liczby złożonych ofert, jak też problemów z działaniem *Portalu Potencjału*. W przypadku AOS, dodatkowa zmiana terminu ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowań uzasadniona była wybraniem do dalszego postępowania 4 760 ofert oraz złożonymi protestami.

(dowód: akta kontroli str. 798-800)

W badanej próbie postępowań ŚOW-NFZ stwierdził w 11 ofertach (jednej w AOS i 10 w LSZ) niezgodność dokumentacji ofertowej, wzywając świadczeniodawców do ich usunięcia. Według wyjaśnień Dyrektora Oddziału, komisja w postępowaniach w AOS w przypadku stwierdzenia braku zgodności pomiędzy odpowiedziami ankietowymi, a danymi dotyczącymi tzw. potencjału wykonawczego (wykazanymi w części VI oferty), wzywała oferenta do złożenia pisemnych wyjaśnień i umożliwienia dokonania stosownych korekt (poprzez przesłanie pisemnego upoważnienia dla komisji do skorygowania błędnych odpowiedzi ankietowych). Na podstawie takiego upoważnienia komisja korygowała odpowiedzi ankietowe, celem uzyskania zgodności z treścią oferty.

W LSZ w przypadku niespełnienia warunków wymaganych, oferty odrzucano, natomiast w przypadkach budzących wątpliwość Komisji, oferenci wzywani byli do złożenia wyjaśnień.

(dowód: akta kontroli str. 1218-1220)

2. W latach 2011-2012 do Oddziału wpłynęło 539 skarg świadczeniobiorców, z tego 75 dotyczących utrudnionego dostępu do świadczeń i 464 skargi dotyczące braku możliwości leczenia u wybranego świadczeniodawcy/żądania zawarcia umowy ze świadczeniodawcą. Spośród złożonych skarg większość dotyczyła trzech świadczeniodawców, tj. świadczeniodawcy z Żywca, który udzielał świadczeń w LSZ w ramach tzw. zespołów jednego dnia⁴², świadczeniodawcy z Żor, udzielającego świadczeń w AOS⁴³ oraz świadczeniodawcy ze Skoczowa, udzielającego świadczeń w LSZ w ramach tzw. zespołów jednego dnia⁴⁴. ŚOW-NFZ przeprowadzał postępowania wyjaśniające, które nie potwierdziły zarzutów podnoszonych w skargach. W Oddziale nie prowadzono odrębnej ewidencji skarg zgłaszanych przez świadczeniodawców.

(dowód: akta kontroli str. 101-195, 220-258, 510-542)

3. W latach 2010-2012 Centrala NFZ przeprowadziła w Oddziale cztery kontrole dotyczące zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W trakcie kontroli przeprowadzonej przez pracowników Wydział Nadzoru i Kontroli Centrali NFZ w dniach 16-27 kwietnia 2012 r. stwierdzono liczne nieprawidłowości stosowania *Procedury* przy zawieraniu umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej na rok 2012 i lata następne, w wybranych rodzajach i zakresach świadczeń. W wystąpieniu pokontrolnym z 13 lipca 2012 r. Prezes NFZ uzasadniając negatywną ocenę kontrolowanego obszaru wskazał na nielegalne i nierzetelne działania polegające na: bezpośrednim ingerowaniu Dyrektora

⁴² W latach 2005-2012 (na podstawie umów wieloletnich), począwszy od 1 lutego 2012 r. tylko w jednym zakresie (chirurgii jednego dnia).

⁴³ W latach 2008-2010 w siedmiu zakresach, przy czym od 1 stycznia 2011 r. tylko w dwóch (okulistyka i laryngologia).

⁴⁴ W okresie od 1 stycznia 2005 r. do 31 stycznia 2012 r.

w czynności komisji konkursowej, skutkującym nieodrzczeniem jednej oferty w postępowaniu nr 279/LSZ i nielegalnym zawarciem umowy na podstawie tej oferty; ponownym prowadzeniu negocjacji z oferentami w sytuacji niewynikających z przesłanek określonych w obowiązującej *Procedurze*; nieinformowaniu Prezesa NFZ o zamiarze przeprowadzania postępowań w trybie art. 161b ustawy o świadczeniach; braku dokumentacji kontroli oferenta oraz nieprzesłaniu do Prezesa NFZ pisemnej informacji o odstępstwach od stosowania *Procedury*.

W zakresie dotyczącym na bezpośredniego ingerowania Dyrektora w czynności komisji, kontrola Centrali NFZ wykazała, że dane zawarte w ofercie Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 5 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, nie były zgodne ze stanem faktycznym, co Oddział ustalił w trakcie kontroli (wizytacji) tego świadczeniodawcy. Skutkowało to przygotowaniem przez komisję zawiadomienia o odrzuceniu w całości oferty tego podmiotu. Pomimo tego, ówczesny Dyrektor ŚOW-NFZ na kopii dokumentu z tej kontroli umieścił adnotację „*oferta nie kwalifikuje się do odrzucenia*”, a następnie zawarł z tym świadczeniodawcą umowę obowiązującą do 31 grudnia 2014 r. (zakres: chirurgia onkologiczna – hospitalizacja). W odniesieniu do tej nieprawidłowości w wystąpieniu pokontrolnym Prezes NFZ zalecił Oddziałowi podjęcie działań zmierzających do wypowiedzenia tej umowy wskazując, że została ona zawarta na podstawie oferty, która powinna zostać odrzucona. Umowa została wypowiedziana ze skutkiem na dzień 31 października 2012 r. (na jej podstawie zrealizowano świadczenia na kwotę 2 184,32 tys. zł, stanowiące 93% wartości umowy na 2012 r.).

W pozostałym zakresie Centrala NFZ zaleciła: *podjęcie przez kierownictwo ŚOW-NFZ skutecznych działań zapewniających nienaruszenie przez pracowników tego Oddziału obowiązujących przepisów prawa (...), zapewnienie zasady równego traktowania oferentów ubiegających się o zawarcie umowy i prowadzenia postępowań w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji, (...) obligatoryjnego przeprowadzania kontroli przed zawarciem umów ze świadczeniodawcami na wyższy niż podstawowy poziom referencyjny (...).*

(dowód: akta kontroli str. 196-202, 203-219, 709-738, 773)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą stwierdzono następujące nieprawidłowości:

- komisje konkursowe we wszystkich badanych postępowaniach w: AOS, OPH i REH zostały powołane zarządzeniami Dyrektora ŚOW-NFZ z 24 września 2010 r., tj. po publikacji ogłoszenia o postępowaniu w trybie konkursu (20 września 2010 r. w AOS i 15 września 2010 r. dla pozostałych postępowań), co naruszało kolejność czynności określoną w *Procedurze* 5.6 (pkt. 1.5.4 i 1.6.1.);

- zaproszenia do negocjacji dla 35 z 58 oferentów nie zawierały wszystkich wymaganych danych dotyczących m.in. wskazania *nr telefonu kontaktowego oraz osoby odpowiedzialnej za kontakty z oferentami*, pomimo, iż formularz tego dokumentu (stanowiący załącznik nr 29 do *Procedury* 5.6) przewidywał zamieszczenie ww. informacji.

(dowód: akta kontroli str. 281-299, 596-618, 1324-1327, 1335-1338, 1348-1351, 1363-1366, 1377-1382, 1387-1390, 1396-1401, 1409-1414, 1415-1476, 1520-1523, 1539-1546, 1565-1570)

Uwagi dotyczące
badanej działalności

1. W konkursie głównym we wszystkich postępowaniach w AOS komisja konkursowa, na podstawie decyzji (zarządzenia) Dyrektora Oddziału, nie przeprowadziła obligatoryjnych kontroli u 367 oferentów (na 1 004 świadczeniodawców udzielających świadczeń przed konkursem), którzy dotychczas nie mieli zawartej umowy o udzielanie świadczeń ze ŚOW-NFZ w zakresie, na który została złożona oferta (pkt 3.1.4.15. *Procedury* 5.6). Podobnie, w przypadku postępowań w LSZ, Dyrektor Oddziału wyraził zgodę na takie odstępstwo, co

skutkowało nie objęciem kontrolą (o której mowa w pkt. 3.1.4.15 *Procedury 5.9*) 68 oferentów ubiegających się o kontrakt w nowym zakresie (na 193 świadczeniodawców udzielających świadczeń przed konkursem głównym)⁴⁵.

Kolejnym przykładem odstępstw od stosowania *Procedury (5.6 i 5.9)*, wprowadzonych przez Dyrektora ŚOW-NFZ, we wszystkich postępowaniach konkursu głównego w AOS i w LSZ, było zaniechanie realizacji pkt.: od 3.1.4.9 do 3.1.4.11., tj. m.in. sprawdzenia powtarzalności personelu wykazywanego w poszczególnych ofertach - w relacji z pozostałymi i stwierdzenia występowania tzw. konfliktów harmonogramów pracy personelu.

Odstąpienie od obligatoryjnych kontroli oraz od przeprowadzania konfliktów harmonogramu pracy personelu (jak i weryfikowania 14 zapytań ankietowych dotyczących wyników kontroli przeprowadzonych u oferenta), uzasadniane było czasochłonnością tych procesów, zagrażającą niedotrzymaniu terminów trwających postępowań, a tym samym niebezpieczeństwem nie zawarcia umów we wcześniej wyznaczonym terminie.

(dowód: akta kontroli str. 791-797)

Występowanie istotnego ryzyka przyjęcia ofert, które powinny być odrzucone lub zmienione na etapie postępowania konkursowego, potwierdzają ustalenia kontroli przeprowadzonej przez ŚOW-NFZ (w lutym 2012 r.) u świadczeniodawcy mającego siedzibę we Wieprzu. Kontrola realizacji umów zawartych z tym świadczeniodawcą wykazała m.in., że w dniu rozpoczęcia kontroli brakowało obsady lekarsko-pielęgniarskiej zgodnej z harmonogramem pracy, umowy zawarte z personelem nie określały wymiaru zatrudnienia tego personelu oraz, że nie przedstawiono umów o świadczenie usług medycznych zawartych z personelem lekarsko-pielęgniarskim (cztery osoby). Wyniki ponownej kontroli u tego świadczeniodawcy, zawarte w wystąpieniu z 1 marca 2013 r., skutkowały podjęciem decyzji o rozwiązaniu umowy bez zachowania okresu wypowiedzenia oraz wezwaniem świadczeniodawcy do zapłaty kary umownej w wysokości 12,4 tys. zł.

Ponadto, jak wskazano w pkt. 2.1. wystąpienia, rozbieżności pomiędzy treścią ofert, a stanem faktycznym stanowiły podstawę wypowiedzenia pięciu umów, zawartych ze świadczeniodawcami deklarującymi spełnianie wymaganych warunków oraz ww. szpitalem klinicznym.

(dowód: akta kontroli str. 196-199, 203-219, 709-738, 773, 1215-1217, 1582-1607)

2. Z uwagi na brak wprowadzenia takiego obowiązku w *Procedurach* Oddział nie weryfikował zadeklarowanego w ofertach *miesięcznego średniego godzinowego czasu pracy* personelu, co w sytuacji wskazywania jednego lekarza w więcej niż jednej ofercie, zwiększało ryzyko wielokrotnego wykazywania tej samej osoby. Jednocześnie ze względu na fakt, iż deklarowany czas pracy personelu (liczba godzin pracy tygodniowo, w szczególności lekarza/pielęgniarki) nie podlegał żadnym ograniczeniom, zwiększało się ryzyko niezapewnienia właściwej jakości udzielanych świadczeń. Stosowany przez ŚOW-NFZ system komputerowy do oceny ofert – w zakresie weryfikacji tzw. konfliktu czasu pracy personelu, nie weryfikował terytorialnego rozmieszczenia oferentów (a wyłącznie niezachodzące na siebie godziny pracy). Mogło to doprowadzić do sytuacji, w której deklarowana obecność lekarza u kolejnego oferenta nie była możliwa, z uwagi na znaczną odległość dzielącą obie placówki. Należy przy tym zaznaczyć, że wskazanie przez oferenta

⁴⁵ W objętych badaniem postępowaniach, tylko w jednym – z rodzaju REH (wybrany losowo) – przeprowadzono takie kontrole (w formie wizytacji) u wszystkich oferentów.

czasu pracy (z dokładnością do minut), wymuszał system komputerowy stosowany do obsługi postępowań⁴⁶.

3. W postępowaniach w LSZ nie wskazywano dni czasu pracy oddziałów szpitalnych w tygodniu, a w części ofert poszczególni świadczeniodawcy deklarowali czas pracy w godzinach nocnych, także w dni wolne od pracy (np. w poniedziałek od godz. 0:00 do godz. 05:00, w sobotę od godz. 0:00 do godz. 6:00, a w niedzielę od godz. 0:00 do godz. 05:30⁴⁷). Powyższe może budzić wątpliwości, co do rzetelności przygotowania oferty i zapewnienia optymalnej jakości udzielania takich świadczeń.

Ocena cząstkowa

W ocenie NIK, weryfikacja ofert pomimo tego, że dokonywana była w ramach dopuszczalnych odstępstw od obowiązujących w tym zakresie zasad, nie zapewniła rzetelnej weryfikacji spełniania przez oferentów wymaganych warunków formalnych. Jakkolwiek *Procedury* dopuszczały możliwość wyrażenia zgody przez Dyrektora ŚOW-NFZ na odstępstwo od ich stosowania, to zdaniem NIK, brak przeprowadzenia obligatoryjnych kontroli u oferentów, którzy dotychczas nie mieli zawartej umowy o udzielanie świadczeń w zakresie, na który została złożona oferta we wskazywanym miejscu udzielania świadczeń, jak również brak weryfikacji harmonogramów pracy, znacząco zwiększał ryzyko przyjęcia ofert, które powinny być odrzucone, a w konsekwencji realizowania świadczeń przez podmioty, niespełniające wymaganych warunków.

3. Ocena wykorzystywania narzędzi informatycznych wspomagających proces kontraktowania

Opis stanu faktycznego

3.1. Termin wprowadzenia oprogramowania i szablonów konkursowych

Szablony postępowań konkursowych wykorzystywanych w konkursie głównym na świadczenia w AOS, opublikowane zostały przez ŚOW-NFZ na stronie internetowej 8 września 2010 r. W LSZ szablony takie publikowano dziesięciokrotnie w okresie od 11 października 2011 r. do 11 maja 2012 r. (siedem razy w 2011 r.). Publikacje te następowały w aplikacji *Szablony Postępowań* utrzymywanej przez Centralę NFZ.

W przypadku konkursów w AOS odbywających się w 2010 r. Oddział otrzymał całościową aktualizację, która została wydana i udostępniona przez dostawcę oprogramowania 15 września 2010 r. o godz. 16³⁴ (tj. tylko na cztery dni przed terminem ich ogłoszenia). W przypadku konkursów w LSZ odbywających się w 2011 r. aplikacja do tworzenia ofert konkursowych wydawana była 29 razy w ciągu roku (w okresie od października do grudnia 2011 r.) Według wyjaśnień Dyrektora ŚOW-NFZ, Oddział nie dysponował wystarczającym zasobem czasu na zapoznanie się z kolejnymi wersjami oprogramowania i testowaniem go przed rozpoczęciem procedur konkursowych oraz testowaniem wersji publikowanych z poprawkami błędów.

(dowód: akta kontroli str. 269-280, 659-708)

ŚOW-NFZ w latach 2010-2012 zgłosił do dostawcy oprogramowania 99 błędów związanych z procesem kontraktowania świadczeń, które dotyczyły m.in. błędów podczas pobierania i zapisywania danych oraz podczas wysyłania i zatwierdzania wniosku, skutkujących m.in. koniecznością kontaktu z operatorem. Błędy rejestrowane były w systemie zgłoszeń serwisowych *JIRA* (nazwa własna aplikacji), który był utrzymywany, administrowany i nadzorowany przez Centralę NFZ. Zgłoszone przez Oddział błędy nie obejmowały aplikacji *Ofertowanie*.

⁴⁶ Przykładowo, taka sytuacja występowała w postępowaniach wybranych losowo w AOS (nr: 12-11-000628/AOS/02/1/02.1100.01.02/1; 12-11-000668/AOS/02.1/02.1500.001.02/1) i w LSZ (nr: 12-12-000230/LSZ/03/1/1).

⁴⁷ Przykładowo, taka sytuacja występowała w postępowaniu w LSZ o nr: 12-12-000770/LSZ/03/1/03.4610.032.02/1.

ŚOW-NFZ nie prowadził statystyki problemów i uwag do działalności systemu zgłaszanych przez świadczeniodawców. Z wyjaśnień Dyrektora Oddziału wynika, że takie uwagi przekazywano do dostawcy. Wskazane przez świadczeniodawców błędy dotyczyły m.in.: kodowania komórek organizacyjnych, generowania profili ofertowych i umów podwykonawstwa, zgłaszania miejsc wykonywania świadczeń, zatrudnionego personelu i wykorzystywanego sprzętu oraz nieprawidłowego działania poszczególnych modułów aplikacji (*Portal potencjału* i *Portal świadczeniodawcy*). W przypadku aplikacji *Ofertowanie* błędy zgłaszane przez świadczeniodawców dotyczyły *niepoprawnej obsługi lub niezrozumienia procesu składania ofert*.

(dowód: akta kontroli str. 269-280, 510-542)

ŚOW-NFZ nie prowadził rejestru wykonanych aktualizacji, natomiast jak wyjaśnił Dyrektor Oddziału, z uwagi na silną presję czasu aktualizacje były aplikowane (wydawanie/wgrywanie do systemu) najszybciej, jak to było możliwe, nierzadko niezwłocznie (w ciągu kilku godzin od publikacji) lub maksymalnie w ciągu tygodnia. W przypadku aplikacji *Portal Świadczeniodawcy* planowane dłuższe przerwy wynikające z awarii lub z aktualizacji były anonsowane na stronie internetowej ŚOW-NFZ. O krótkotrwałych przerwach w działaniu tej aplikacji świadczeniodawcy nie byli informowani z *uwagi na ich potencjalnie mały wpływ na dostępność*. W latach 2010-2012 dokonano ogółem 343 jej aktualizacji.

W przypadku aplikacji *Ofertowanie*, jej aktualizacja polegała na umieszczeniu pliku i informacji o nim na stronie internetowej Oddziału⁴⁸. W okresie objętym kontrolą dokonano ogółem 48 jej aktualizacji⁴⁹. W przypadku aplikacji *Konkurs ofert* (program dla pracowników ŚOW-NFZ), aktualizacje odbywały się bez informowania świadczeniodawców, gdyż po ogłoszeniu postępowań konkursowych jej zmiany *nie miały wpływu na proces składania ofert przez świadczeniodawców*. W latach 2010-2012 dokonano 268 aktualizacji tej aplikacji⁵⁰.

Wszystkie wskazane aplikacje były aktualizowane w przypadkach: udostępnienia nowych funkcjonalności, realizacji wymagań narzuconych przepisami oraz napraw błędów. Oddział nie prowadził rejestru przerw i awarii w funkcjonowaniu ww. aplikacji.

(dowód: akta kontroli str. 659-708)

Błędy w działaniach systemu informatycznego wspomagającego proces wyboru ofert, stwierdzono ponadto w jednym z objętych kontrolą postępowań. Spowodowały one sporządzenie nieprawidłowego rankingu otwarcia z propozycjami Oddziału (z 18 stycznia 2012 r.), co wymuszało przeprowadzenie dodatkowych negocjacji z oferentami, opisanych w dalszej części niniejszego wystąpienia.

(dowód: akta kontroli str. 985-986)

3.2. Zapewnienie prawidłowej oceny ofert przez centralne oprogramowanie

W badanych postępowaniach komisje konkursowe w związku z brakiem kompatybilności systemu *Konkurs ofert* z odpowiedziami oferenta, weryfikowały zgodność odpowiedzi ankietowych z częścią opisową oferty. ŚOW-NFZ wzywał oferentów do wyjaśnienia rozbieżności w tym zakresie oraz korygował odpowiedzi

Opis stanu
faktycznego

⁴⁸ Z tego też powodu wiadomość o konieczności wykonania aktualizacji była publikowana na tej stronie.

⁴⁹ W okresie od 15 września do 22 grudnia 2010 r. takich aktualizacji było osiem, a w okresie od 2 października do 30 grudnia 2011 r. dokonano 14 aktualizacji.

⁵⁰ W okresie od 3 września do 31 grudnia 2010 r. - 56, a w okresie od 1 października do 30 grudnia 2011 r. - 39.

w tym systemie. Wnioski z przeprowadzonych badań w tym zakresie opisano w pkt 2 niniejszego wystąpienia.

Oddział wykorzystywał funkcje matematyczne i logiczne aplikacji systemu *MS Office* wspierające proces kontraktowania (*Excel* i *Access*).

W okresie objętym kontrolą Oddział zgłaszał zapotrzebowanie na dostosowania mające na celu prezentację danych przetwarzanych w ramach postępowań konkursowych (m.in. w zakresie nowego filtra i wydruku z *Portalu potencjału*, nowych raportów dla potrzeb *Konkurs ofert* i zmian formy prezentacji danych dotyczących statusu oferty).

(dowód: akta kontroli str. 269-280, 791-797)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Zdaniem NIK udostępnianie przez Centralę NFZ dla Oddziału narzędzia informatycznego do obsługi postępowań konkursowych na kilka dni przed ich ogłoszeniem, a następnie jego częsta aktualizacja, jak również błędy w jego funkcjonowaniu świadczą o jego niewłaściwym przygotowaniu, co mogło niekorzystnie wpływać na jakość składanych przez świadczeniodawców ofert.

Ocena cząstkowa

Z uwagi na ograniczoną odpowiedzialność ŚOW-NFZ za przygotowanie narzędzi informatycznych wykorzystywanych w procesie kontraktowania świadczeń, Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność kontrolowanej jednostki w tym zakresie.

Opis stanu
faktycznego

4. Ocena niejawnego konkursu ofert

4.1. Przebieg negocjacji

Centralne Biuro Antykorupcyjne Delegatura w Katowicach 5 grudnia 2012 r. zabezpieczyło dokumentację konkursową 16 świadczeniodawców uczestniczących w 33 postępowaniach konkursowych (10% ogłoszonych postępowań głównych) w rodzaju LSZ⁵¹, w tym korespondencję z 4 świadczeniodawcami. Wśród zabezpieczonych dokumentów znajdowały się materiały dotyczące nieprawidłowości stwierdzonych przez Centralę NFZ w postępowaniu nr 279/LSZ, które opisano w pkt. 2.2. wystąpienia. W związku z powyższym postępowania te zostały wyłączone z badań kontrolnych NIK.

(dowód: akta kontroli str. 322-339, 473-479)

Badaniem objęto postępowania wymienione w pkt. 2 niniejszego wystąpienia pokontrolnego. Na podstawie *Procedury 5.6* Oddział był zobowiązany do przeprowadzenia negocjacji ze wszystkimi oferentami, których oferty nie zostały odrzucone w części jawnej postępowania. W związku ze zmianą *Procedury* (wersja 5.9.) Oddział mógł zaprosić wybraną liczbę oferentów, których oferty nie zostały odrzucone. W ramach konkursu głównego w AOS prowadzonego w 2010 r. Oddział podjął negocjacje ze wszystkimi oferentami.

W konkursie głównym w LSZ w 2012 r. przeprowadzono 319 postępowań, w wyniku których zawarto umowy ze 151 świadczeniodawcami na kwotę 2 315 209,38 tys. zł. Badaniem objęto 6 postępowań LSZ (o numerach: 230, 694, 770, 773, 787, 797) na łączną kwotę 57 704,74 tys. zł (umowy zawarto z 28 świadczeniodawcami na kwotę 57 702, 05 tys. zł).

⁵¹ Postępowania nr 12-12-000...190, 229, 353, 279, 243, 723, 796, 771, 770, 348, 771, 793, 683, 723, 771, 702, 12-12- 900859/LSZ oraz 12-12-001000/AOS (w 2012 r. ogłoszono 319 postępowań w LSZ).

Do negocjacji zapraszano wyłącznie oferentów, których oferty spełniały wymogi formalne i dla których Oddział przygotował tzw. propozycje finansowe w tzw. *limitach postępowania*⁵². Suma tych propozycji odpowiadała wartości postępowania. Dokument ten był zatwierdzany przez Przewodniczącego komisji, Zastępcę Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych Oddziału oraz Dyrektora Oddziału. Ocena ofert i ranking otwarcia przygotowane były w sposób automatyczny przez system informatyczny⁵³. Również ranking otwarcia zawierający propozycje NFZ oraz ranking końcowy⁵⁴ były sporządzane za pomocą systemu, jednakże wymagało to wprowadzenia danych finansowych z *limitów postępowania* oraz wyników negocjacji.

(dowód: akta kontroli str.482-494, 1017-1023,1024-1026b)

W ramach postępowania w AOS i w LSZ Oddział przeprowadzał negocjacje, które po jednym spotkaniu kończyły się na ustalaniu liczby jednostek rozliczeniowych oraz ceny jednostki rozliczeniowej, jak i negocjacje, w ramach których dochodziło do więcej niż jednego spotkania. Spotkanie, w trakcie którego nie doszło do ustalenia zbieżnych stanowisk kończyło się podpisaniem tzw. protokołu rozbieżności. Negocjacji nie dokumentowano w formie nagrań.

(dowód: akta kontroli str. 482-494, 491)

Zespoły negocjacyjne, w skład, których wchodził członkowie komisji konkursowych liczyły od 11 do 49 osób. W sprawie przyczyn powoływania do zespołów znacznej liczby członków komisji Naczelnik Wydziału ŚOZ wyjaśniła, m.in.: *w AOS Zespołem negocjacyjnym była cała komisja. Umożliwiło to negocjowanie na jednym spotkaniu wszystkich ofert danego podmiotu, które przeszły do części niejawniej. W praktyce ŚOW-NFZ był reprezentowany przez dwóch członków komisji (brak dokumentacji na potwierdzenie tego faktu), podobnie w konkursie w LSZ proceduralnie do negocjacji powołany został jeden zespół (w liczbie od 11 do 49 osób), którego zadaniem było przeprowadzenie negocjacji celem ustalenia liczby planowanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz ceny za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej. W skład tego zespołu powołani zostali wszyscy członkowie komisji konkursowych za wyjątkiem osób funkcyjnych, tj. przewodniczącego, wiceprzewodniczącego, czy protokolanta. Faktycznie negocjacje z oferentami prowadzone były przez dwóch członków komisji konkursowych, powołanych w skład ww. zespołu (brak dokumentu w tej sprawie – formalnego wskazania i na dzień dzisiejszy trudno ustalić ten skład osobowy).*

(dowód: akta kontroli str. 351-395, 482)

W dokumentacjach postępowania objętych badaniem propozycje finansowe Oddziału znajdowały się zarówno w dokumencie *Ranking otwarcia z propozycjami Narodowego Funduszu Zdrowia*, jak i w odrębnych *limitach postępowania*, gdzie w kolumnie *uzasadnienie* znajdowały się wpisy: *zgodnie z rankingiem* lub *limit 0 – bez spotkania*.

(dowód: akta kontroli str. 848, 849)

Dla konkursu w AOS propozycje Oddziału w zakresie liczby świadczeń i ceny oparte były na wyliczeniu tzw. potencjału wykonawczego. Centrala NFZ nie określiła w tym

⁵² Dokument zawierający dane: nr postępowania, nazwa, wartość ogłoszenia, wartość limit, numer (odpowiadający numerowi pozycji rankingowej) kod świadczeniodawcy, nfz kod ofert, miasto, nazwę jednostki, adres miejsca, wyróżnik, skojarzony, oferta liczba, oferta cena, oferta wartość, punkty za ofertę cenową, punkty razem nie cena, punkty łączne, plan+rez, na 2011- stan 06., limit liczba, limit cena, limit wartość, uzasadnienie.

⁵³ Kryteria zawarte w Zarządzeniu Nr 54/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 września 2011 r. w sprawie określania kryteriów ocen ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze zm.

⁵⁴ Przy uwzględnieniu wyników negocjacji.

zakresie kryteriów umożliwiających weryfikację oferowanej liczby jednostek rozliczeniowych w stosunku do potencjału wykonawczego. Zasady przyznawania propozycji ilościowych przez komisje konkursowe w AOS zostały spisane w formie notatki służbowej w dniu 16 października 2010 r. i zatwierdzone do stosowania przez Dyrektora Oddziału. Według tej notatki oraz informacji Naczelnika Wydziału ŚOZ, w Oddziale dla AOS przyjęto jednolity wzór do obliczania potencjału wykonawczego, który odwoływał się do średniej wagi punktowej porady oraz średniego czasu trwania świadczenia. Przy określaniu liczby świadczeń opierano się na danych dotyczących wartości dotychczasowych umów stosownie do zapisów *Procedury* 5.6 (pkt. 3.2.1.2.). Wyliczone propozycje limitów zatwierdzane były przez Dyrektora ŚOW-NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 482-485, 486-488)

Wyniki przeprowadzonych negocjacji dokumentowano w protokołach sporządzonych wg wzorów stanowiących załączniki nr 30 i 31 do *Procedur*. Wzór protokołu końcowego (załącznik nr 31) przewidywał umieszczenie na tym dokumencie podpisów członków Komisji. Jednocześnie w myśl § 15 pkt. 4 Regulaminu pracy komisji⁵⁵ protokół z negocjacji powinien zawierać m.in. imiona i nazwiska jej członków oraz osób reprezentujących oferenta oraz podpisy członków komisji i osób reprezentujących oferenta.

W 6 postępowaniach w LSZ objętych badaniem we wszystkich protokołach⁵⁶ końcowych zamiast czytelnych podpisów członków komisji znajdowały się jedynie parafy tych osób (w liczbie 2/3 członków komisji, tj. zgodnie z wymogami § 7 pkt. 3⁵⁷ ww. regulaminu). Protokoły z negocjacji końcowych, które prowadzone były w ramach postępowań w AOS podpisywane były natomiast jedynie przez dwóch członków zespołów negocjacyjnych funkcjonujących w ramach komisji.

Poza obligatoryjną dokumentacją przewidzianą w procedurach, komisje konkursowe nie prowadziły innej dokumentacji.

(dowód: akta kontroli str. 485, 491, 800, 805, 855-860, 864-871, 874-877, 880-882, 883-887, 923-924, 917-920, 942-943)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. We wszystkich postępowaniach w LSZ podział środków finansowych pomiędzy oferentów (zawarty w limitach postępowania), mający kluczowy wpływ na liczbę oferentów, dla których Oddział miał tzw. propozycje finansowe i których zapraszał do negocjacji, nie był dokonywany w sposób transparentny i nie był rzetelnie dokumentowany.

W Oddziale brak było dokumentów wskazujących jednoznacznie sposób, w jaki dokonano podziału kwoty poszczególnych postępowań w ramach konkursu w LSZ, jak również sposobu ustalenia propozycji finansowych dla poszczególnych świadczeniodawców. ŚOW-NFZ dysponował jedynie notatką służbową

⁵⁵ Wprowadzonego uchwałą Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 października 2005 r. nr 36/2005/I w sprawie przyjęcia Regulaminu pracy komisji prowadzącej postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

⁵⁶ Postępowanie 770/LSZ - 4 protokoły negocjacji końcowych (ok. 25 parafek podpisu/ 37 członków zespołu negocjacyjnego, 51 członków Komisji), postępowanie 694/LSZ - 5 protokołów negocjacji końcowych (34 parafek podpisu/ 49 członków zespołu negocjacyjnego, 51 członków Komisji), postępowanie 787/LSZ - 4 protokoły negocjacji końcowych (26 parafek podpisu/ 37 członków zespołu negocjacyjnego, 39 członków Komisji), postępowanie 797/LSZ - 8 protokołów negocjacji końcowych (26 parafek podpisu/ 37 członków zespołu negocjacyjnego, 39 członków Komisji), postępowanie 230/LSZ - 3 protokoły negocjacji końcowych (10 parafek podpisu/ 11 członków zespołu negocjacyjnego, 15 członków Komisji), postępowanie 773/LSZ - 3 protokoły negocjacji końcowych (26 parafek podpisu/ 39 członków Komisji).

⁵⁷ Komisja podejmuje decyzję w obecności, co najmniej 2/3 jej składu.

zatwierdzoną przez byłego Dyrektora Oddziału (pn. ustalenie metodyki podziału środków finansowych do kontraktowania w rodzaju LSZ), której zapisy np.: (...) w niektórych przypadkach uwzględniono także propozycje zawarte w ofercie (...) Dla pozycji znajdujących się na górze rankingu plan ten był zwiększany, a w stosunku do pozycji zajmujących ostatnie miejsca w rankingu plan ulegał znacznemu zmniejszeniu (...), nie dają podstaw do jednoznacznej identyfikacji sposobu podziału środków, co uniemożliwia weryfikację jego prawidłowości. Wskazują one również na dopuszczenie dowolności postępowania w tym zakresie. Powyższe, w ocenie NIK, nie zapewnia równego traktowania wszystkich oferentów, jak również nie gwarantuje, że postępowanie jest prowadzone z zachowaniem uczciwej konkurencji, tj. zgodnie art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach.

2. Szczegółowe badanie 6 postępowań w LSZ wykazało, iż w dokumentacjach brak było jakichkolwiek dowodów potwierdzających, że dokonywana była analiza oferowanej liczby i ceny świadczeń w kontekście potencjału oferenta, która stosownie do pkt. 3.2.1.2. *Procedury* powinna stanowić podstawę do sformułowania propozycji finansowych na etapie negocjacji. Jest to szczególnie istotne w sytuacji, gdy propozycje Oddziału kierowane do poszczególnych świadczeniodawców były bardzo zróżnicowane, co do zmniejszenia liczby świadczeń w stosunku do oferty.

(dowód: akta kontroli str. 489-494, 845-955)

Kontrola wykazała, że:

- w 4 na 6 postępowań w LSZ (nr: 770, 773, 787, 797) w *limitach postępowania* brak było odniesienia do dotychczasowej wartości planu zakupu (tj. stanu na 30 czerwca 2011 r. + rezerwa) pomimo, iż według metodyki podziału środków finansowych opisanych w notatce służbowej z 23 grudnia 2011 r. wartości te miały wpływ na formułowanie propozycji finansowych dla świadczeniodawców. W dokumentacji tych 4 postępowań brak było również dowodów, że wartości te były uwzględniane na tym etapie postępowania. Jak wyjaśniła Joanna Kurzał⁵⁸ (...) *informacje zawarte w propozycjach wynikały z dyspozycji wydanych przez Przewodniczącą Komisji oraz Dyrekcję (...)*,

- w postępowaniu nr 230 propozycje finansowe dla jednego z trzech świadczeniodawców sformułowano wbrew przyjętej metodyce, gdyż ustalony limit dla świadczeniodawcy, którego oferta zajęła drugie miejsce w rankingu otwarcia⁵⁹ nie został odniesiony do wysokości dotychczasowej umowy, lecz stanowił 100% wartości oferowanych świadczeń i był o 308% większy od wartości dotychczasowej umowy. Zaoferowany limit w kwocie 4 368 tys. zł stanowił, aż 43% wartości całego postępowania (10 049 tys. zł). W przypadku pozostałych dwóch ofert zaproponowane limity stanowiły odpowiednio: 124% (oferta na pierwszej pozycji w rankingu otwarcia) i 65% (oferta na trzeciej pozycji w rankingu otwarcia) doczasowych umów. Limity ustalone dla ofert z dwóch pierwszych pozycji rankingowych pokrywały się z propozycjami oferentów, natomiast dla pozycji trzeciej limit ten ustalony został jedynie na poziomie 58% oferowanej liczby świadczeń. W dokumentacji postępowania brak było pisemnego uzasadnienia dla propozycji obniżenia liczby świadczeń, pomimo obowiązku wynikającego z pkt 3.2.1.2 *Procedury* (5.9.);

- w postępowaniu nr 694 propozycje finansowe dla świadczeniodawców sformułowano wbrew przyjętej metodyce, w myśl której propozycje dla nowych oferentów powinny być określane w oparciu o pozycję rankingową. Stwierdzono,

⁵⁸ Starszy specjalista Działu kontraktowania świadczeń w Lecznictwie Szpitalnym, członek Komisji konkursowej w LSZ.

⁵⁹ W wyniku przeprowadzonych negocjacji świadczeniodawca z drugiej pozycji rankingowej obniżył oferowaną cenę jednostkową świadczenia z 52 zł na 51 zł wyniku, czego nastąpiła zmiana w rankingu końcowym, polegająca na przesunięciu miejsca rankingowego na pozycję pierwszą.

iż jednemu nowemu świadczeniodawcy, którego oferta uplasowała się na trzecim miejscu zaproponowano limit stanowiący jedynie 24% oferowanych świadczeń i wartości 1 020 tys. zł, pomimo, iż świadczeniodawcom z niższych pozycji rankingowych zaproponowano limity od 68% do 81% oferowanych świadczeń i wartościach umowy od 2 028 tys. zł do 3 264 tys. zł. Propozycje finansowe odbiegające od propozycji ofertowych również i w tych przypadkach nie były pisemnie uzasadniane. W postępowaniu tym stwierdzono ponadto nieprawidłowość przy formułowaniu propozycji w kontekście jej odniesienia do wysokości dotychczasowej umowy. Propozycja finansowa dla świadczeniodawcy, którego oferta zajęła ostatnie miejsce w rankingu (pozycja 6) była wyższa od wartości dotychczasowej umowy, co nie miało miejsca w przypadku ofert korzystniejszych (pozycja 4 i 5 rankingu) i świadczy o nie uwzględnieniu zasady wynikającej z metodyki, iż *dla pozycji znajdujących się na górze rankingu plan ten był w sposób znaczący zwiększany, a w stosunku do pozycji zajmujących ostatnie miejsca w rankingu plan ulegał najbardziej zmniejszeniu*⁶⁰.

Pomimo wystąpienia ww. nieprawidłowości *limit postępowania* został zatwierdzony przez byłego Dyrektora Oddziału, Zastępcę Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych oraz Przewodniczącą Komisji, a w rubryce *uzasadnienie* tego dokumentu wskazano, iż wyboru dokonano *zgodnie z rankingiem i planem zakupu lub zgodnie z ofertą*.

- w dokumentacji pozostałych postępowań (nr 770, 773, 787, 797) objętych badaniem, w wyniku, których zawarto umowy, brak było pisemnych uzasadnień propozycji Komisji odbiegających od propozycji ofertowych, pomimo takiego obowiązku wynikającego z pkt 3.2.1.2 *Procedury*, ograniczono się jedynie do zamieszczenia w rubryce *uzasadnienie limitu postępowania* zapisów *zgodnie z rankingiem i planem zakupu lub zgodnie z ofertą*. W przypadku ofert ww. postępowań liczba zaproponowanych świadczeń, a tym samym kwota wartości poszczególnych limitów była znacznie mniejsza niż wynikająca z ofert (w 17 przypadkach propozycja była niższa o ponad połowę).

(dowód: akta kontroli str.861-877, 878-887, 589-595, 861-877,847, 862, 879,890, 906, 929, 955a, 1007, 1017-1023)

Osoby uczestniczące w ww. postępowaniach w sprawie przyczyn stwierdzonych nieprawidłowości zeznały:

Beata Warecka-Śmietana⁶¹ *nie wiem, kto ustalał limity. W tworzeniu limitów uczestniczyła Pani Makselon-Jarząbek, Pan Aleksander Brzęska oraz Dyrektor Suchy i Dyrektor Kloś, nie mam wiedzy o zakresie udziału tych osób przy limitowaniu. Ponadto zeznała, iż nie wie, według jakich kryteriów/wzoru lub na podstawie, jakich regulacji ustalano limity. W wyjaśnieniu nieprawidłowości dotyczących postępowania nr 694 zeznała natomiast, że nie wiem, nie podpisywałam rankingów otwarcia i końcowych, nie określałam limitów dla tego postępowania i nie ustalałam propozycji finansowych oraz iż nie wiem, kto ustalał propozycje finansowe ww. postępowaniu, lista limitów była natomiast podpisana przez Dyrektora Kloś, Suchy i Pana Brzęskę.*

Powyższe potwierdziła również Joanna Kurzał zeznając, iż *w postępowaniu na 2012 r. limity zostały ustalone i zaakceptowane przez osoby, które się podpisały na*

⁶⁰ W odniesieniu do umów dotychczasowych kontrakty świadczeniodawców z miejsc 1 i 6 wzrosły wartościowo kolejno o kwoty: 122 tys. zł i 227 tys. zł, natomiast kontrakty świadczeniodawców z pozycji rankingowej 2, 4, 5 uległy zmniejszeniu o kwoty: 142 tys. zł, 421 tys. zł, i 536 tys. zł.

⁶¹ P.o. Kierownika Działu kontraktowania świadczeń w lecznictwie szpitalnym (...) w konkursie głównym w LSZ członek komisji, stosownie do zakresu czynności (z 2011 r.) osoba odpowiedzialna m. in. za przygotowanie planu zakupów świadczeń oraz planów uzgodnień warunków finansowych umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

dokumencie pod nazwą limity, tj. Przewodniczący komisji konkursowych A. Brzęska, Dyrektor Oddziału i Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych oraz, iż nie wie, według jakich kryteriów/ wzoru lub na podstawie, jakich regulacji ustalano tzw. limity.

(dowód: akta kontroli str. 498-499, 809, 833-835, 836-841, 811-812)

Podobnie Aleksandra Makselon-Jarząbek⁶² zeznała, iż w Oddziale to Dykcja decydowała o limitach kontraktowania i zespół negocjacyjny musiał kierować się otrzymanymi wartościami, do których mógł podpisać protokół negocjacji.

(dowód: akta kontroli str. 815-823, 983-984, 985-986)

Ponadto osoby dokonujące zatwierdzenia limitów postępowań zeznały:

- były Dyrektor Oddziału limitów ja nie przygotowywałem, limity te przygotowywała komisja konkursowa na poszczególne zakresy i poszczególne oferty. W czasie trwania konkursu i negocjacji nie byłem w stanie zapoznać się merytorycznie z podziałem środków finansowych na poszczególnych świadczeniodawców. Limity podpisywałem sprawdzając wartość całego postępowania w skali makro tak, aby nie przekroczyć tych wartości. Nie dysponowałem dokumentem dotyczącym sposobu wyliczenia wartości dla poszczególnych ofert. Centrala nie opracowała wytycznych dotyczących podziału wartości postępowania pomiędzy poszczególne oferty, a Oddział nie dysponował takim narzędziem, które umożliwiłoby automatyczny podział tych środków. O podziale środków decydowało m.in.: umowy z lat ubiegłych, wartość postępowania, względy społeczne. Ponadto zeznał, iż w trakcie negocjacji nie zmieniał limitów postępowań, mnie interesowało całe postępowanie, a nie poszczególne oferty. Najważniejsze było podpisanie umów i zawarcie kontraktów w wyznaczonym czasie, tak, aby pacjenci mieli zabezpieczone świadczenia medyczne od 1 stycznia;

- Dorota Suchy Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych podobnie, jak były Dyrektor zeznała, iż jej podpis na tzw. limitach postępowania oznaczał, iż nie przekroczono limitu wartości całego postępowania w odniesieniu do planu zakupu. Dodała, że nie miała wpływu na wartość finansową poszczególnych ofert w postępowaniu, gdyż tzw. propozycje finansowe dla poszczególnych oferentów ustalała komisja konkursowa. Ponadto zeznała, iż nie dysponuje żadnym dokumentem dotyczącym sposobu wyliczenia wartości dla poszczególnych ofert.

Aleksander Brzęska zeznał natomiast, że limity postępowań przygotowywały osoby, które merytorycznie były odpowiedzialne za dany rodzaj świadczeń. Te limity skrupulatnie sprawdzałem i tak przygotowane limity przekazywałem Dykcji do zatwierdzenia. Karta limitowa nie podpisana przez Dykcję nie mogła trafić do zespołu negocjacyjnego. Przykładowo limitów dla konkursu na okulistykę komisja nie przygotowała, bo jakkolwiek propozycja wzbudzała zbyt duże kontrowersje i czysta karta została przekazana Dykcji w celu ustalenia limitów. Mój podpis oznaczał, iż limity zostały przygotowane do wartości ogłoszenia, wówczas kolumna uzasadnienie była adekwatna do rankingu otwarcia, później nie miałem wpływu na zmiany. Na pytanie, kto w Oddziale ustalał limity dla poszczególnych oferentów w postępowaniu, tzw. propozycje finansowe, zeznał, iż Zespół negocjacyjny dostawał tylko wycinek konkretnego świadczeniodawcy, w chwili sporządzania protokołu rozbieżności zdarzało się, że Dyrektor dawał dekretację bez zmian lub dawał korektę finansową według własnego uznania i po korekcie limitu zespół negocjował na zmienionych warunkach. Limity były ustalane bez żadnego

⁶² Były kierownik Działu kontraktowania Świadczeń m.in. w LSZ, członek komisji oraz kierownik zespołów negocjacyjnych w postępowaniach w LSZ, od stycznia 2013 r. inspektor kontroli Sekcji kontroli w Lecznictwie Zamkniętym.

odniesienia Dyrekcja wówczas przedstawiała swoje propozycje i była to absolutna dowolność. Przykładowo zmiana nastąpiła subregion centralny – okulistyka. Był również duży wpływ polityków regionalnych, którzy masowo pojawiali się u Dyrektora przy kontraktowaniu świadczeń. Ostateczną wersję limitów akceptował Dyrektor Oddziału i Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych i te limity miały swoją moc prawną. Ponadto wskazał, iż nie dysponuje dokumentem dotyczącym sposobu wyliczenia wartości dla poszczególnych ofert.

(dowód: akta kontroli str. 810,814-816, 813-814, 95,811-812, 827-832)

W ocenie NIK powyższe nieprawidłowości wskazują na zagrożenie wystąpienia korupcyjnego mechanizmu dowolności postępowania.

W dniu 11 kwietnia 2013 r. Dyrektor Oddziału został poinformowany o nieprawidłowościach stwierdzonych w trakcie kontroli. W nawiązaniu do tego pisma Dyrektor wyjaśnił, m.in., że *planujemy stworzenie mapy potrzeb zdrowotnych w odniesieniu do danych historyczny poprzednich kontraktów i w odniesieniu do środków finansowych przeznaczanych na zakup świadczeń medycznych w poszczególnych zakresach i rodzajach. Według stworzonej listy potrzeb, tj. liczby świadczeń w powiązaniu z ceną jednostkową, przy uwzględnieniu analiz tak zostanie przygotowany punktu odcięcia, aby zabezpieczyć potrzeby i równomiernie rozłożyć dostępność do świadczeń. Zróżnicowane zostaną również obszary kontraktowania, będą przeanalizowane prace Komisji oraz wskazane i podzielone czynności pomiędzy jej członków. Oddział podejmuje już działania w tym zakresie*

(dowód: akta kontroli str. 1150, 1151)

2. We wszystkich protokołach z negocjacji końcowych sporządzonych w ramach 6 postępowań w LSZ brakowało czytelnego podpisu członków komisji, co utrudniało lub wręcz uniemożliwiało ich identyfikację. Tym samym postępowania te nie były dokumentowane rzetelnie i w sposób przewidziany w Regulaminie pracy komisji (§ 15 pkt. 4 Regulaminu).

3. Członkowie Komisji w ww. postępowaniach złożyli swoje podpisy (parafy) na protokołach negocjacji, pomimo tego, że w nich nie uczestniczyli, co potwierdzają zeznania osób zidentyfikowanych na podstawie dokumentacji postępowań (Aleksandra Makselon-Jarzabek, Beata Warecka-Śmietana, Joanna Kurzal).

(dowód: akta kontroli str. 857-860, 866-873, 880-882, 901-903, 917-920, 947-955, 989-1005)

W zeznaniach, które złożyli: przewodniczący i członkowie komisji, kierownik i członkowie zespołów negocjacyjnych oraz w wyjaśnieniach zastępcy przewodniczącego komisji konkursowej oraz Naczelnika Wydziału ŚOZ, ww. osoby wskazały, iż negocjacje w postępowaniach w LSZ ze strony Oddziału przeprowadzały dwie osoby, podczas gdy na protokołach negocjacji widnieją podpisy 2/3 składu komisji, tj. od 10 do 34 podpisów. Oddział nie dysponował dokumentem, z którego wynikał faktyczny skład osób negocjujących ze strony Oddziału. Podpisy członków komisji dokonywane były na dokumentach postępowania po jego zakończeniu. Aleksandra Makselon-Jarzabek zeznała, iż na podstawie dokumentów źródłowych protokołów końcowy negocjacji nie może wskazać osób, które ze strony Oddziału negocjowały z oferentami i umieściły pod wskazaniem podpisy członków komisji swoje parafki. Ponadto zeznała, iż na protokole negocjacji końcowych NZOZ-u rozpoznaje swoją parafkę, która miała rangę podpisu członka Komisji konkursowej, *pod dokumentem, którego treści jak większość innych członków komisji nie znałam. Szczegóły zawarte w dokumentacji ofertowej były znane członkom komisji konkursowej wyłącznie w odniesieniu do tych dokumentów, które sami sporządzali. Przyjęta organizacja pracy komisji konkursowej nie uwzględniała możliwości omawiania pozostałych ofert czy też*

kolektywnego podejmowania decyzji wobec nich. Powyższe dotyczyło dokumentacji sporządzanej na każdym etapie postępowania konkursowego. Zeznała również, iż parafując protokół negocjacji końcowych wskazanego oferenta nie negocjowała z nim osobiście, a swoją parafką na protokole negocjacji końcowych dopełniła formalności. Ponadto zeznała, iż komisja dokonywała podpisu dokumentów, które wymagały 2/3 podpisów komisji na bieżąco w sytuacji, gdy dotyczyły one ofert przydzielonych danemu członkowi komisji przez tą osobę, natomiast pozostali członkowie umieszczali swoje podpisy na końcu, czyli w momencie, kiedy zakończone były czynności konkursowe komisji z tą ofertą. Oznaczało to, że członkowie komisji wzywani byli przez protokolantów celem złożenia podpisów na zgromadzonych przez nich dokumentach ofertowych. Ponadto zeznała, iż członkowie komisji konkursowej przed podpisaniem rankingów otwarcia i końcowych mogli teoretycznie zapoznać się z tymi dokumentami natomiast przyjęta praktyka wskazuje, iż była to tylko formalność, gdyż dokumenty te podpisywali po fakcie.

(dowód: akta kontroli str. 983-984)

Beata Warecka-Śmietana zeznała, iż z dokumentów – protokół końcowy negocjacji nie może wskazać osób, które negocjowały z oferentami i umieściły pod wskazaniem podpisy członków komisji swoje parafki. Natomiast swoją parafką na protokole negocjacji końcowych, jako członek Komisji potwierdzałam, że spotkanie się odbyło, natomiast w pozostałych dopełniłam formalności.

Podobnie Joanna Kurzal zeznała, że z dokumentów – protokół końcowy negocjacji - nie może wskazać osób, które ze strony Oddziału negocjowały z oferentami i umieściły pod wskazaniem podpisy członków Komisji swoje parafki. Zeznała, iż na mailowe wezwanie protokolanta po zakończeniu negocjacji, zaparafowałam protokół tak jak większość członków komisji. Tak to było przyjęte. Ponadto dodała, iż parafując protokół negocjacji końcowych oferenta NZOZ-u nie negocjowała z nim osobiście.

(dowód: akta kontroli str. 985-986, 498-499)

Aleksander Brzęska zeznał m.in., iż protokoły negocjacji końcowych były parafowane przez osoby, które nie negocjowały osobiście, ponieważ obowiązkiem protokolanta stosownie do procedury było zebranie podpisów w wysokości 2/3. Osoba podpisując nie miała żadnego pojęcia pod czym się podpisuje, była to również presja czasu i brak przygotowania merytorycznego (...).

(dowód: akta kontroli str. 811-812)

Były Dyrektor Oddziału zeznał, iż nie wiedział, że protokoły negocjacji końcowych nie były podpisane w sposób umożliwiający rozpoznanie osób, które negocjowały z oferentem. Stwierdził też m.in., że ogólnie zgłaszano mi trudności w postępowaniu, szczególnie po otwarciu ofert, iż sytuacja jest trudna szczególnie czasowo i dlatego zdecydowałem się na wystosowanie pisma do Prezesa o zgodę na przedłużenie umów i rozłożenie w czasie konkursu. Nie otrzymałem zgody, ale nie pamiętam dokładnie okoliczności.

(dowód: akta kontroli str. 813-814)

Również dokumenty stanowiące rankingi otwarcia oraz rankingi końcowe były podpisywane przez członków komisji, którzy w rzeczywistości nie dokonywali analizy dokumentów stanowiących podstawę do ich sporządzenia, co potwierdzają zeznania ww. osób.

4. W postępowaniach w AOS (m.in. 948, 964, 628, 969, 965) protokoły negocjacji końcowych podpisane były jedynie przez dwóch członków z wieloosobowych Zespołów do przeprowadzenia negocjacji, powoływanych spośród członków komisji konkursowej. Zarówno Procedura, regulamin pracy komisji, jak też dokument na podstawie, którego powoływane były zespoły nie przewidywały prowadzenia

negocjacji jedynie przez dwie osoby. W powyższym zakresie należy zauważyć, że w postępowaniach w LSZ przyjęto odmienną praktykę i na protokołach negocjacji zawierających ostateczne stanowiska stron, podpisywali się członkowie Komisji w liczbie nie mniejszej niż określona w § 7 pkt. 3 ww. regulaminu (2/3 składu komisji). Jak wyjaśnił Naczelnik Wydziału ŚOZ w AOS *Zespołem negocjacyjnym była cała komisja. Umożliwiło to negocjowanie na jednym spotkaniu wszystkich ofert danego podmiotu, które przeszły do części niejawnej. W praktyce ŚOW-NFZ był reprezentowany przez dwóch członków komisji (brak dokumentacji na potwierdzenie tego faktu).*

(dowód: akta kontroli str.1150-1132, 482-485, 486-488)

Opis stanu faktycznego

W sprawozdaniach z działalności Oddziału liczba zgłoszonych protestów wynosiła:

- w 2009 r. - 6 protestów na 1 034 złożonych ofert (0% uwzględnionych),
- w 2010 r. - 531 protestów na 8 783 złożonych ofert (82 uwzględnionych, tj. 15%),
- w 2011 r. - 50 protestów na 871 złożonych ofert (9 uwzględnionych, tj. 18%),
- w 2012 r. - 58 protestów na 312 złożonych ofert (1 uwzględniony, tj. 2%).

Liczba zgłoszonych odwołań dotyczących ww. postępowań oraz liczba decyzji uwzględniających przez Dyrektora Oddziału odwołania przedstawiała się następująco: w 2009 r. – 5, z których wszystkie oddalono uwzględnione, w 2010 r. - 898, a uwzględniono 9, w 2011 r. – 11, żadnego nieuwzględniono, w 2012 r. – 129, z których uwzględniono 18. W badanych postępowaniach wniesiono łącznie 9 protestów (w tym jeden uwzględniony) i 7 odwołań.

Badanie czterech uwzględnionych przez Prezesa NFZ (100%) odwołań od decyzji Dyrektora oraz pięciu oddalonych (w AOS i w LSZ) wykazało: odwołania uwzględnione w całości dotyczyły: rozstrzygnięcia postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w LSZ w zakresie ginekologia onkologiczna – hospitalizacja, chirurgia dziecięca, zespół chirurgii jednego dnia, ginekologia – zespół chirurgii jednego dnia oraz w części w AOS w zakresie położnictwa i ginekologii, a odwołania oddalone dotyczyły: w LSZ w zakresie urologia – zespół chirurgii jednego dnia, ginekologia – zespół chirurgii jednego dnia oraz w AOS w zakresie chirurgii ogólnej, gastroenterologii, położnictwa i ginekologii.

Odwołania, które nie zostały uwzględnione m.in. nieprzyznania kontraktu, naruszenia art. 134 ustawy o świadczeniach, tj. zasad równego traktowania świadczeniodawców i uczciwej konkurencji, polegających na niepodaniu przed złożeniem oferty pełnej informacji dotyczącej zasad kontraktowania, naruszenia art. 147 ww. ustawy poprzez brak precyzji w określeniu kryteriów oceny oferty i warunków wymaganych od świadczeniodawców, utrudnień w prawidłowym złożeniu oferty polegających na przeprowadzaniu postępowań w okresie świąteczno-noworocznym, dużej ilości aktów określających warunki zawierania umów oraz braku wyjaśnień dotyczących interpretacji zapisów.

(dowód: akta kontroli str. 441, 845-1149, 1152-1194)

4.2. Wyniki negocjacji

We wszystkich objętych badaniem postępowaniach, po negocjacjach zmianie ulegała zarówno liczba jak i cena świadczeń w stosunku do propozycji zgłoszonych w ofertach. Zmiany te wynikały m.in. z dostosowania propozycji oferentów do wartości finansowej postępowań oraz, w przypadku AOS, z przyjętych ogólnie założeń. Maksymalny zakres tych zmian w LSZ kształtował się następująco:

- chirurgia jednego dnia, cena planowana na poziomie 52 zł uległa zmniejszeniu do 49 zł oraz zmniejszono liczbę świadczeń o 80%,

- kardiologia – hospitalizacja oddział kardiologiczny, cena uległa zmniejszeniu z 52 zł do 51 zł oraz zmniejszono liczbę świadczeń o 76 %,
- ortopedia i traumatologia narząd ruchu hospitalizacja planowa, cena uległa zmniejszeniu z 52 zł do 51 zł oraz zmniejszono liczbę świadczeń o 42 %,
- okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia, cena uległa zmniejszeniu z 52 zł do 46,8 zł oraz zmniejszono liczbę świadczeń o 89%,
- okulistyka hospitalizacja planowa, cena uległa zmniejszeniu z 52 zł do 46,8 zł oraz zmniejszono liczbę świadczeń o 90%,

(dowód: akta kontroli str. 845-1023)

Cena świadczenia zgodnie z Zarządzeniem nr 73/2009/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 13 listopada 2009 r. była punktowym kryterium przy ocenie ofert; sposób wyliczenia liczby punktów oceny w zakresie kryterium cenowego określał załącznik nr 2 tego zarządzenia. Zmiany cen nie przekraczały dopuszczalnego poziomu 10%. W dwóch przypadkach zmiana ceny przez świadczeniodawcę podczas negocjacji wpłynęła na zmianę punktacji oferty, a tym samym miała wpływ na pozycję, na której ostatecznie znalazła się oferta w rankingu końcowym i nad tzw. *linią odcięcia* wyznaczaną przez wartość zaplanowanych środków w postępowaniu. I tak: w postępowaniach w LSZ dzięki obniżeniu ceny przez świadczeniodawcę w postępowaniu 797 z 50 zł na 46,80 zł oferta z 8 pozycji rankingu zajęła miejsce pierwsze⁶³, a postępowaniu 230 obniżenie ceny z 52 zł na 51 zł umożliwiło zmianę pozycji drugiej na pierwszą. Powyższe oferty zostały wysoko ocenione przy uwzględnieniu kryteriów jakościowych.

(dowód: akta kontroli str. 878-887,927-955)

Joanna Kurzał członek komisji konkursowej w postępowaniu nr 797 LSZ, gdzie oferent z pozycji nr 8 obniżając w negocjacjach cenę jednostkową zajął w rankingu pierwszą pozycję zeznała, że nie pamięta okoliczności tych negocjacji. Stwierdziła też, że *na dokumencie protokół końcowy z negocjacji jestem, jako osoba sporządzająca dokument, natomiast, jako członek komisji, nie podpisywałam się. Nie pamiętam czy negocjowałam, z tym oferentem, czy tylko wygenerowałam sam protokół.*

(dowód: akta kontroli str. 809)

Kontrola nie wykazała przypadków zawarcia umów, w których ceny świadczeń były wyższe niż przyjęte w Planie zakupu. Nie stwierdzono również przypadków zobowiązania podmiotu do wykonania świadczeń w zakresie przekraczającym potencjał wyliczony przez Oddział dla danej oferty.

(dowód: akta kontroli str. 1019-1023)

Plan zakupu, w zakresie objętych badaniami postępowań, został zrealizowany w 99% wartości, przy zakontraktowaniu większej o 2% liczby świadczeń w LSZ i mniejszej liczby świadczeń o 2% w AOS. Ceny jednostkowe nie przekraczały planowanego poziomu (w żadnym z badanych postępowań), a ich zmniejszenie występowało w zakresie od 1% do 10%. I tak:

LSZ (6 postępowań):

- plan wartości postępowań wyniósł 57 704,74 tys. zł, natomiast umowy zawarto na kwotę 57 702,05 tys. zł (99% planu),
- plan liczby zakupu świadczeń ww. postępowań wynosił 1 237 084, a zakupiono, 1 263 636 świadczeń (102% planu),

⁶³ W tym postępowaniu dwie oferty uzyskały taką samą łączną liczbę punktów i tym samym zajęły miejsce pierwsze.

- poziom planowanej ceny jednostkowej nie zwiększył się w żadnym z badanych postępowań, natomiast stwierdzono spadek tej ceny od 1% do 10%.

AOS (11 postępowań):

- plan wartości postępowań wyniósł 7 896,48 tys. zł, natomiast umowy zawarto na kwotę 7 755,04 tys. zł (98% planu),
- plan liczby zakupu świadczeń ww. postępowań wynosił 895 938, a zakupiono, 884 275 świadczeń (98% planu),
- poziom planowanej ceny jednostkowej nie zwiększył się w żadnym z badanych postępowań, stwierdzono spadek tej ceny od 1% do 3%.

OPH (1 postępowanie):

- plan wartości postępowania wyniósł 1 048 701,60 zł i liczby świadczeń 12 396 który zrealizowano w 100%, przy zachowaniu planowanej ceny: 84,60 zł.

REH (1 postępowanie konkursowe i 1 w trybie rokowań):

- plan wartości postępowania (300 tys. zł) zrealizowano w 99%, plan liczby świadczeń (300 000) zrealizowano w 100% ,
- rokowania: plan wartości w kwocie 123 tys. zł zrealizowano w 100% z zachowaniem ceny jednostkowej 1 zł).

(dowód: akta kontroli str. 956, 1019-1026-1027-1149)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Przy podziale środków finansowych w kwocie 2 559,59 tys. zł (wartość ogłoszenia 2 559,60 tys. zł) w postępowaniu 797⁶⁴ z sześcioma z ośmiu świadczeniodawcami przeprowadzono dwukrotnie negocjacje (w odstępie od 2 do 4 dni), zakończone podpisaniem protokołów końcowych, na warunkach naruszających pkt. 3.2.3.1 *Procedury* 5.9.⁶⁵.

Ranking otwarcia z propozycjami Oddziału z 18 stycznia 2012 r. sporządzono w odniesieniu do łącznej liczby punktów poszczególnych ofert, co spowodowało, że do negocjacji wytypowano oferty z pominięciem ich oceny według tzw. kryteriów niecenowych, tj. niezgodnie z pkt 3.2.2 *Procedury*. Dokument ten bez zastrzeżeń został podpisany przez komisję.

W dniu 18 stycznia 2012 r. zostały przeprowadzone negocjacje, w wyniku, których podpisano sześć protokołów końcowych, na warunkach określonych w *limicie postępowania* (I wersja).

Z uwagi na pominięcie zaproszenia do negocjacji jednego z oferentów, którego oferta uzyskała najwyższą ocenę na podstawie kryteriów niecenowych, Oddział 23 stycznia 2012 r. przeprowadził negocjacje zakończone podpisaniem protokołu końcowego, zarówno z tym świadczeniodawcą, jak i pozostałymi siedzioma, w tym z tymi, z którymi 18 stycznia 2012 r. ustalił ostateczne stanowiska stron. Przeprowadzenie ponownych negocjacji było sprzeczne z pkt. 3.2.3.1 *Procedury*, gdyż propozycja zmniejszenia liczby świadczeń w stosunku do wynegocjowanych już warunków, w wyniku zakończenia negocjacji z pominiętym pierwotnie świadczeniodawcą, została skierowana nie tylko do oferentów o tej samej liczbie punktów, których oferty znalazły się poza wartościowym i ilościowym zakresem postępowania. Naruszyło to także zasadę równego traktowania podmiotów, do której stosowania ŚOW-NFZ był zobowiązany na mocy art. 134 ust. 1 ustawy

⁶⁴ Zespół chirurgii jednego dnia; subregion południowy.

⁶⁵ W przypadku, gdy jedna z ofert, które uzyskały w końcowym rankingu tą samą łączną liczbę punktów oceny, znalazła się poza wartościowym lub ilościowym zakresem zamówienia, komisja może: - zakończyć postępowanie nie wybierając oferentów o tej samej liczbie punktów, - zaproponować oferentom o tej samej liczbie punktów zmniejszenie liczby świadczeń proporcjonalnie do wynegocjowanych warunków, i ile wszyscy ci oferenci wyrażą na to zgodę.

o świadczeniach. W wyniku powyższych działań oferent z pierwszej pozycji rankingowej, kosztem podmiotów, których oferty otrzymały taką samą liczbę punktów, uzyskał o 330 tys. zł mniej, niż wynikało to z pierwotnych ustaleń w protokole negocjacji końcowych.

Również i w tym postępowaniu protokoły negocjacji były podpisywane nieczytelnie przez członków komisji, w tym również przez osoby, które faktycznie nie uczestniczyły w tych czynnościach.

(dowód: akta kontroli str. 927-1005)

W wyjaśnieniu przyczyn przeprowadzania podwójnych negocjacji z jednym z ww. 5 świadczeniodawców, wiceprzewodniczący komisji Tomasz Mucha podał, że *nie przeprowadzałem z ww. podmiotem negocjacji. Zaproszenie na nowe negocjacje dostałem do podpisania w zastępstwie za przewodniczącego komisji, a ponieważ nie uczestniczyłem w negocjacjach z dnia 18 stycznia to nie wiedziałem, że negocjacje zostały zakończone. Nie pamiętam, kiedy protokół negocjacji podpisywałem. Nie wiedziałem, że nie jestem w składzie zespołu negocjacyjnego komisji.* Stwierdził też, że nie miał żadnego wpływu na wartości oferty i nie negocjował z oferentem.

Joanna Kurzal zeznała natomiast, że *wydruk generowany jest automatycznie i to system otrzymany z centrali NFZ zawierał błąd. Natomiast tylko i wyłącznie w związku z dużym natłokiem prac konkursowych komisja przeoczyła ten błąd przy podpisywaniu rankingów. Nikt nie spodziewał się na tym etapie, że system mógł wygenerować złe dane. Dopiero podczas rankingów końcowych okazało się, że przy próbie wygenerowania pozostali jeszcze oferenci do negocjacji i wtedy okazało się, że coś jest nie tak.*

(dowód: akta kontroli str. 985-988)

Nieprawidłowości związane z tzw. podwójnymi negocjacjami wykazane zostały, również w protokole kontroli Centrali NFZ z dnia 4 maja 2012 r.

(dowód: akta kontroli str. 709,717)

Ocena cząstkowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia negatywnie działalność w badanym obszarze.

Opis stanu
faktycznego

5. Ocena zabezpieczenia dostępności i jakości zakontraktowanych świadczeń **5.1. Zabezpieczenie dostępności świadczeń opieki zdrowotnej w wyniku przeprowadzonego kontraktowania**

W wyniku przeprowadzenia przez ŚOW-NFZ postępowań głównych m.in. w AOS i LSZ wzrosła: wartość zawartych umów odpowiednio o: 1,6% i 4,6%, a liczba zakontraktowanych świadczeń: o 2,9% i 3,3% (w stosunku do roku poprzedzającego kontraktowanie). Wzrost nastąpił również w rodzajach: REH (o 7% i 11% - w ww. podanych wartościach) oraz OPH (o ok. 11% i 7%). Liczba świadczeń (jednostek rozliczeniowych) na 10 tys. ubezpieczonych na obszarze działalności Oddziału w 2012 r. w AOS wynosiła 164 498 (w 2011 r. wzrosła o ok. 3% w stosunku do roku poprzedzającego kontraktowanie), w LSZ (oddziały): 114 344,13 (wzrost także o 3% w stosunku do roku poprzedzającego kontraktowanie), w REH: 472 064 (wzrost o 16% w stosunku do 2010 r.), a w OPH: 1 095,75 (wzrost o 11% w stosunku do 2010 r.). Poza rodzajem LSZ (spadek o ok. 0,4% w 2011 r. względem 2010 r.), następował systematyczny wzrost liczby świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 1252-1323)

5.2. Zmiana struktury rynku i ciągłości świadczenia usług medycznych

W wyniku postępowań konkursowych w latach 2010-2012, dokonano wyboru świadczeniodawców, którzy nie posiadali wcześniej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie, lecz złożyli oferty korzystniejsze w porównaniu z dotychczasowymi świadczeniodawcami. W efekcie przeprowadzonych postępowań w AOS wybrano 59 nowych świadczeniodawców (628 nowych miejsc udzielania świadczeń)⁶⁶, a w LSZ (oddziały szpitalne) wybrano dziewięciu nowych świadczeniodawców (184 nowych miejsc)⁶⁷.

W przypadku postępowań ogłoszonych na II półrocze 2011 r. w rodzaju ratownictwo medyczne, do konkursu przystąpił tylko jeden dotychczasowy świadczeniodawca, który nie został wybrany (umowa została podpisana z innym świadczeniodawcą, który złożył korzystniejszą ofertę), a w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, w postępowaniu zostali wybrani wszyscy oferenci, którzy złożyli oferty (dwóch dotychczasowych świadczeniodawców oraz jeden nowy).

Jak wyjaśnił Dyrektor ŚOW-NFZ, Oddział nie ogłaszał dodatkowych postępowań konkursowych na realizację świadczeń *dedykowanych dla „starych” świadczeniodawców*.

(dowód: akta kontroli str. 659-708, 1252-1323)

W wyniku postępowań konkursowych poprzedzających zawarcie umów na lata 2011-2013, z 527 świadczeniodawcami nie zawarto umów na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących kontynuację dotychczasowych umów. W przypadku pacjentów wpisanych na listy oczekujących na udzielenie świadczenia u 126 dotychczasowych świadczeniodawców, pacjenci byli zmuszeni do zmiany świadczeniodawców. I tak, w zakresach: okulistyka (od 2 484 do 526 osób), ortopedia i traumatologia narządu ruchu (613 i 501 osób), reumatologia (520 osób), okulistyka-zespół chirurgii jednego dnia (516 i 402 osoby) oraz chirurgia ogólna (500 i 459 osób).

(dowód: akta kontroli str. 659-708, 1252-1323)

Oddział na bieżąco zamieszczał na stronie internetowej wykaz świadczeniodawców, z którymi zawarł umowy⁶⁸. Według wyjaśnienia Dyrektora ŚOW-NFZ informacje w tym zakresie były również dostępne w miejscach obsługi osób ubezpieczonych w Oddziale i pod nr informacji telefonicznej, jak też były publikowane w dziennikach lokalnych.

(dowód: akta kontroli str. 619-658)

W okresie 2010-2012 w AOS i w LSZ nastąpił wzrost liczby pacjentów oczekujących na udzielenie świadczenia. I tak, w: poradni okulistycznej 33 870 osób w 2010 r. i 46 817 osób w 2012 r. oraz kardiologicznej 1 290 osób i 2 235 osób (przypadki stabilne), a w oddziałach: rehabilitacyjnym 22 783 osób w 2010 r. i 31 297 w 2012 r. (przypadki stabilne) i 2 414 do 2 479 (przypadki pilne), chirurgii urazowo-ortopedycznej 7 198 osób w 2010 r. i 18 614 osób w 2012 r. (przypadki stabilne). Średni czas oczekiwania w grudniu 2012 r. wynosił ww. przypadkach – odpowiednio: 47 dni (wzrost o ponad 18 dni względem 2010 r.), 98 dni (wzrost o 17 dni), 370 dni (wzrost o 54 dni) oraz 103 dni (wzrost o 24 dni).

(dowód: akta kontroli str. 1252-1323)

⁶⁶ Poprzednio 908 świadczeniodawców i 3 760 miejsc.

⁶⁷ Poprzednio 140 świadczeniodawców i 961 miejsc.

⁶⁸ <http://www.nfz-katowice.pl/> (m.in. zakładka „Gdzie się leczyć?”).

5.3. Zabezpieczenie jakości udzielanych świadczeń

W 2011 r. ŚOW-NFZ w ramach AOS ogłosił jedno dodatkowe postępowanie w trybie art. 161b ustawy o świadczeniach (zakres: świadczenia w zakresie gastroenterologii dla dzieci), w wyniku, którego zawarto umowę na okres od 1 maja 2011 r. do 30 kwietnia 2012 r. Ogłoszone następnie postępowanie konkursowe nie wyłoniło świadczeniodawcy. Ponadto, w 2011 r. w wyniku dwóch postępowań przeprowadzonych w trybie przewidzianym w ww. przepisie Oddział zawarł umowę z jednym świadczeniodawcą w LSZ w zakresach: chirurgia ogólna i plastyczna – hospitalizacja na okres od 1 sierpnia do 31 grudnia 2011 r. Umowy na 2012 r. i lata następne w tych zakresach zostały zawarte na zasadach ogólnych⁶⁹.

(dowód: akta kontroli str. 1571-1576)

Dodatkowo ŚOW-NFZ poza konkursami głównymi, zawierał umowy po przeprowadzeniu tzw. konkursów uzupełniających. W AOS w wyniku 134 takich konkursów podpisano 27 umów i 118 aneksów na łączną kwotę 7 400 tys. zł, natomiast w LSZ w wyniku 26 postępowań zawarto 35 umów na kwotę 40 603 tys. zł. Ponadto, Oddział przeprowadził 14 postępowań w trybie rokowań. I tak, w AOS pięć postępowań, w wyniku, których zawarto dwie umowy na kwotę 3 117 tys. zł oraz w LSZ dziewięć postępowań, w wyniku, których zawarto pięć umów na kwotę 2 688 tys. zł.

Wartość zakontraktowanych w konkursie głównym w AOS wyniosła 632 300 tys. zł, co oznacza, że we ww. trybach zawarto umowy stanowiące ok. 1,7 % wartości postępowań głównych, a w konkursie głównym w LSZ wyniosła 2 271 482 tys. zł, (zawarto umowy stanowiące ok. 2% wartości postępowań głównych).

(dowód: akta kontroli str. 1252-1323, 1571-1576)

5.4. Dystrybucja środków finansowych na świadczenia zdrowotne po zawarciu umów

Oddział monitorował poziom realizacji umów w AOS i w LSZ, co umożliwiło dokonywanie okresowych analiz, na podstawie, których w formie aneksów wprowadzono zmiany poziomu finansowania. Zmiany te zapewniały urealnienie wysokości zobowiązań w poszczególnych zakresach świadczeń⁷⁰. Ponadto, zmiany wartości umów wynikały z konieczności wykorzystania posiadanych środków finansowych i tym samym zapewnienia lepszego dostępu do świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 791-797)

Świadczenia zdrowotne wykonane z przekroczeniem limitu określonego w umowach realizowanych w latach 2010-2012 finansowane były przez ŚOW-NFZ na podstawie zawartych ze świadczeniodawcami: aneksów ugodowych do umowy, ugód pozasądowych oraz ugód sądowych. Dla umów obowiązujących w 2010 r. podstawą takich rozliczeń były wytyczne Prezesa NFZ z 26 stycznia 2011 r., a obowiązujących w 2011 r. i 2012 r. (z uwagi na brak ogólnych wytycznych w tym zakresie) zasady określone przez Dyrektora Oddziału w zarządzeniach wewnętrznych nr 29/2012 z dnia 27 stycznia 2012 r. i nr 20/2013 z 28 stycznia 2013 r.

Środki pozostające w dyspozycji Oddziału wynikające z wartości podpisanych aneksów (zmniejszających wartość zobowiązań), powiększały pulę środków

⁶⁹ ŚOW-NFZ zabezpieczał w ten sposób udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej także w rodzajach: SOK (jeden zakres świadczeń), PSY (trzy zakresy) oraz OPH (jeden zakres).

⁷⁰ W AOS zmiany polegały na pomniejszeniu wielkości zobowiązania w zakresach z „niedowykonaniem”, przy równoczesnym zwiększeniu wartości tych zakresów świadczeń, gdzie wykonanie przewyższało wartości wskazane w planie umowy. W przypadku świadczeń nielimitowanych udzielanych w LSZ zmiany umów miały na celu ich odniesienie do rzeczywistej liczby udzielanych świadczeń.

przeznaczonych na sfinansowanie tzw. świadczeń ponad limitowych, co umożliwiło finansowanie w szczególności świadczeń udzielanych w stanach zagrożenia życia i zdrowia (art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o *działalności leczniczej*⁷¹).

Warunki finansowe ugod określone były w trakcie negocjacji i w tym celu ŚOW-NFZ opracowywał analizy wykonanych świadczeń w podziale na tryby przyjęcia (*nagły przekazany przez zespół ratownictwa medycznego, nagły - inne przypadki oraz planowy*) oraz tryby realizacji świadczeń (w tym *ratujący życie*). I tak, świadczenia finansowane były w: 100% dla nierozliczonych *świadczeń ratujących życie*, 100% dla nierozliczonych świadczeń *przyjętych w trybie nagłym - przekazanych przez zespół ratownictwa medycznego* i w 50% dla nierozliczonych świadczeń *przyjętych w trybie nagłym-inne przypadki*.

(dowód: akta kontroli str. 619-658)

Ustalone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie nie stwierdzono nieprawidłowości.

Uwagi dotyczące
badanej działalności

Zdaniem NIK, w wyniku przeprowadzonych postępowań konkursowych nie doszło do istotnych zmian w dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, co nie oznacza, że dostępność do tych świadczeń dla pacjentów została w pełni zabezpieczona we wszystkich zakresach. Świadczy o tym wydłużający się czas oczekiwania na świadczenia, zwłaszcza z zakresu kardiologii, okulistyki, rehabilitacji oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu (w szczególności dotyczy to ponad rocznego okresu oczekiwania na leczenie w oddziale rehabilitacyjnym). Nie wystąpiła także destabilizacja rynku usług medycznych, a terenie właściwości Oddziału rozpoczęły udzielanie świadczeń nowe podmioty.

Ocena częściowa

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działania podejmowane przez ŚOW-NFZ w celu zabezpieczenia dostępności i jakości do świadczeń opieki zdrowotnej.

W ramach prowadzonych przez Oddział postępowań zachowano jednolitą terytorialną dostępność do świadczeń dla pacjentów - ŚOW-NFZ uwzględniając rozmieszczenie świadczeniodawców na terenie województwa śląskiego wyznaczał obszary kontraktowania, jako podstawę do zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (dotyczyły to także nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej). Istniały jednak obszary, w których nie były udzielane poszczególne świadczenia opieki zdrowotnej (tzw. białe plamy), co wynikało w szczególności z ich specyfiki i braku zainteresowania świadczeniodawców zawarciem umowy z Oddziałem. Ograniczona była również dostępność do niektórych świadczeń opieki zdrowotnej, czego wyrazem była liczba pacjentów oczekujących na te świadczenia.

⁷¹ Dz. U. z 2013 r., poz. 213.

Wnioski pokontrolne

IV. Uwagi i wnioski

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 Kontroli⁷², wnosi o:

1. Prowadzenie postępowań zmierzających do zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w sposób gwarantujący uczciwą konkurencję i zachowanie zasady równego traktowania oferentów.
2. Podjęcie działań w celu ograniczenia ryzyka nierzetelnej oceny ofert, poprzez m.in. wykorzystanie dostępnych narzędzi kontrolnych.
3. Zapewnienie transparentności postępowania przy formułowaniu propozycji finansowych kierowanych do poszczególnych oferentów.
4. Zapewnienie prawidłowego dokumentowania negocjacji prowadzonych z oferentami.

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 Opolu.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wykonania wniosków

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

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

⁷² Dz. U. z 2012 r., poz. 82 ze zm.

Opole, dnia 24 maja 2013 r.

Najwyższa Izba Kontroli
Delegatura w Opolu

Kontroler
Agnieszka Roszczak-Fedorowicz
specjalista k.p.

.....
podpis

.....
podpis

Kontroler
Paweł Lipowski
starszy inspektor k.p.

.....
podpis