



LBY.410.007.00.2015
Nr ewid. 206/2015/P/15/068/LBY

Informacja o wynikach kontroli

KORZYSTANIE Z USŁUG ZEWNĘTRZNYCH PRZEZ SZPITALA PUBLICZNE

DELEGATURA W BYDGOSZCZY

MISJA

Najwyższej Izby Kontroli jest dbałość o gospodarność i skuteczność w służbie publicznej dla Rzeczypospolitej Polskiej

WIZJA

Najwyższej Izby Kontroli jest cieszący się powszechnym autorytetem najwyższy organ kontroli państwowej, którego raporty będą oczekiwanym i poszukiwanym źródłem informacji dla organów władzy i społeczeństwa

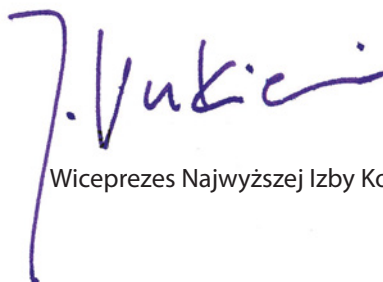
Dyrektor Delegatury NIK w Bydgoszczy:

Barbara Antkiewicz



Akceptuję:

Jacek Uczkiewicz



Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli

Zatwierdzam:

Krzysztof Kwiatkowski



Prezes Najwyższej Izby Kontroli

Warszawa, dnia 2 maja 2016 r.

Najwyższa Izba Kontroli
ul. Filtrowa 57
02-056 Warszawa
T/F +48 22 444 50 00
www.nik.gov.pl

1. ZAŁOŻENIA KONTROLI	6
2. PODSUMOWANIE WYNIKÓW KONTROLI	8
2.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności	8
2.2. Uwagi końcowe i wnioski	12
3. SZCZEGÓŁOWE USTALENIA KONTROLI	17
3.1. Zlecenie realizacji świadczeń zdrowotnych i nadzór nad ich wykonaniem	18
3.1.1. Przygotowanie do udzielenia zamówień na udzielanie świadczeń zdrowotnych	19
3.1.2. Prowadzenie konkursów ofert i zawieranie umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych	28
3.1.3. Nadzór nad prawidłową realizacją zleconych świadczeń zdrowotnych	37
3.1.4. Udzielanie w szpitalu świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny na podstawie umowy z innym podmiotem leczniczym	48
3.2. Zlecenie realizacji usług niemedycznych oraz nadzór nad ich wykonaniem	52
3.2.1. Przygotowanie do udzielenia zamówień na usługi niemedyczne	54
3.2.2. Prowadzenie postępowań o zamówienia publiczne i zawieranie umów na usługi niemedyczne	57
3.2.3. Nadzór nad prawidłową realizacją usług niemedycznych	61
4. INFORMACJE DODATKOWE	63
4.1. Organizacja, metodyka i przebieg kontroli	63
4.2. Działania podjęte po zakończeniu kontroli	65
4.3. Finansowe rezultaty kontroli	65
5. ZAŁĄCZNIKI	66

Wykaz stosowanych skrótów, skrótowców i pojęć

działalność lecznicza	udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz wykonywanie czynności z zakresu promocji zdrowia lub realizacja zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia
grupowa praktyka zawodowa	grupowa praktyka lekarska, o której mowa w art. 5 ust. 2 pkt 1 lit. b ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, ze zm.), lub grupowa praktyka pielęgniarska, o której mowa w art. 5 ust. 2 pkt 2 lit. b ww. ustawy, wykonywane w formie spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej, po uzyskaniu wpisu w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą
indywidualna praktyka zawodowa	indywidualna praktyka lekarska, o której mowa w art. 5 ust. 2 pkt 1 lit. a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, ze zm.), lub indywidualna praktyka pielęgniarska, o której mowa w art. 5 ust. 2 pkt 2 lit. a ww. ustawy, prowadzone w formie jednoosobowej działalności gospodarczej, po uzyskaniu wpisu w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą
jst	jednostka samorządu terytorialnego
kontrakt z NFZ	umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta z Narodowym Funduszem Zdrowia
kp	ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz. U. z 2014 r., poz. 1502, ze zm.)
leczenie szpitalne	udzielanie świadczeń szpitalnych, tj. wykonywanych całą dobę kompleksowych świadczeń zdrowotnych polegających na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, w tym także udzielanych z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
ogólne warunki kontraktów z NFZ	warunki określone w załącznikach do: rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484), uchylonego z dniem 1 stycznia 2016 r. oraz obowiązującego od tego dnia rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1400, ze zm.)
outsourcing	wydzielenie ze struktury organizacyjnej przedsiębiorstwa macierzystego realizowanych przez niego funkcji i przekazanie ich do realizacji innym podmiotom gospodarczym
personel medyczny	osoby wykonujące zawód medyczny, tj. osoby uprawnione na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny
podmiot leczniczy	podmiot wskazany w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, ze zm.), tj. m.in. przedsiębiorca, samodzielny zakład opieki zdrowotnej, jednostka budżetowa, instytut badawczy, jednostka wojskowa, w zakresie w jakim wykonuje działalność leczniczą

podmiot tworzący	podmiot albo organ, który utworzył podmiot leczniczy w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, jednostki budżetowej albo jednostki wojskowej
przedsiębiorstwo	zespół składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej
pzp	ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2164)
SPZOZ	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
świadczenia zdrowotne	działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania
udl	ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, ze zm.)
ufp	ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 885, ze zm.)
ustawa o NIK	ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2015 r. poz. 1096, ze zm.)
ustawa o zoz	ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, ze zm.)
usus	ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 121, ze zm.)
uśoz	ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, ze zm.)
Zarządzenie Nr 89/2013/DSOZ	zarządzenie Nr 89/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne

Oznaczenie kontroli

P/15/068 Korzystanie z usług zewnętrznych przez szpitale publiczne.

Cel i zakres kontroli

Celem kontroli była ocena prawidłowości wykorzystania przez szpitale środków publicznych na usługi zewnętrzne, a w szczególności ocena:

- czy zlecenie usług podmiotom zewnętrznym następowało zgodnie z przepisami i zasadami racjonalnej gospodarki,
- rzetelności i skuteczności nadzoru sprawowanego nad realizacją zleconych usług.

Kontrola została przeprowadzona przez pięć jednostek organizacyjnych NIK w 10 SPZOZ prowadzących szpital i mających zawarte z NFZ umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego. Informację sporządzono w oparciu o wyniki kontroli 11 szpitali, uwzględniając w niej także ustalenia kontroli rozpoznawczej dotyczące okresu objętego kontrolą planową.

W czterech jednostkach, których organem założycielskim był minister lub uczelnia wyższa, kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy o NIK, pod względem legalności, gospodarności, celowości i rzetelności (art. 5 ust. 1 ustawy o NIK), a w sześciu jednostkach, których organem założycielskim była jednostka samorządu terytorialnego (województwo), kontrolę przeprowadzono na podstawie art. 2 ust. 2 ustawy o NIK, pod względem legalności, gospodarności i rzetelności (art. 5 ust. 2 ustawy o NIK). Kontrolę rozpoznawczą przeprowadzono w SPZOZ, którego organem założycielskim była jednostka samorządu terytorialnego (województwo).

Kontrolą objęto okres od 1 lipca 2012 r. do 31 grudnia 2014 r. z uwzględnieniem danych statystycznych od 31 grudnia 2011 r. oraz zdarzeń, jakie nastąpiły w okresach wcześniejszych i późniejszych, jeżeli miały one wpływ na zjawiska będące przedmiotem kontroli.

Czynnościami kontrolnymi objęto zlecenie zewnętrznym usługodawcom realizacji świadczeń zdrowotnych (w tym usług udzielanych przez personel medyczny realizujący umowy cywilnoprawne) oraz wybranych usług niemedycechnych (żywienia, prania, sprzątania i transportu sanitarnego).

Jednostki kontrolowane oraz osoby odpowiedzialne za kontrolowaną działalność wskazano w załączniku nr 3 do Informacji.

Uzasadnienie podjęcia kontroli

Kontrolę przeprowadzono z inicjatywy własnej NIK. Na potrzebę jej przeprowadzenia wskazywały wyniki wcześniejszych kontroli Izby oraz informacje medialne. Wynikało z nich, że SPZOZ coraz powszechniej pozyskują zewnętrzne usługi medyczne i niemedycechny, przekazując zewnętrznym usługodawcom nie tylko wszelkiego rodzaju czynności pomocnicze, lecz również usługi polegające na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Niewłaściwy nadzór nad wykonywaniem zleconych zadań prowadzi zarówno do ich niskiej jakości, jak i do nieefektywnego wydatkowania środków publicznych. Szczególnie nagłośnione w mediach były przypadki nadmiernego obciążenia pracą lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych, ich nieobecności w miejscu udzielania świadczeń zdrowotnych, a w zakresie usług niemedycechnych – niezapewnienie

pacjentom odpowiedniej jakości żywienia. Wszystko to wpływa na obniżenie poziomu opieki sprawowanej nad pacjentem w oddziałach szpitalnych, wydłuża proces rekonwalescencji, a w skrajnych przypadkach zagraża życiu i zdrowiu hospitalizowanych.

Jednocześnie wskazania wymaga, że zapewnienie finansowania leczenia szpitalnego stanowi jeden z istotniejszych problemów społeczno-ekonomicznych Polski. Pomimo systematycznego wzrostu nakładów nadal występuje problem nadmiernego zadłużenia szpitali publicznych. Zmiany demograficzne kraju stanowiąc będą czynnik negatywnie wpływający na ten rodzaj działalności leczniczej, gdyż częstotliwość i koszty hospitalizacji są skorelowane z wiekiem pacjentów. Dlatego istotne znaczenie ma racjonalizacja wydatków publicznych w zakresie efektywności działań dominujących na rynku świadczeniodawców publicznych.

2.1 Ogólna ocena kontrolowanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia wykorzystanie przez szpitale środków publicznych na zewnętrzne usługi medyczne. Zamawianie świadczeń zdrowotnych odbywało się powszechnie w sposób naruszający przewidziane prawem procedury lub nierzetelnie, a w niektórych przypadkach było także niegospodarne. W szczególności kontrola wykazała liczne przypadki prowadzenia postępowań na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny w sposób nieprzejrzysty i naruszający zasady uczciwej konkurencji. Nadzór szpitali nad realizacją zleconych usług medycznych był niewystarczający i nie zapewniał prawidłowej realizacji zadań.

Wykorzystanie środków publicznych na usługi niemedyczne (sprzątania, prania, żywienia i transportu sanitarnego) NIK ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości. Zlecano je podmiotom zewnętrznym co do zasady prawidłowo, rzetelnie i skutecznie nadzorując ich wykonanie.

Usługi niemedyczne, o wartości stanowiącej ułamek wydatków szpitali na usługi medyczne i niezwiązane bezpośrednio z procesem leczenia, pozostawały pod znacznie ściślejszym nadzorem kontrolowanych szpitali niż usługi medyczne. Na wszystkich etapach ich zlecenia, tj. przygotowania i prowadzenia postępowań oraz zawierania umów, a także nadzoru nad ich wykonywaniem, skala nieprawidłowości była znacznie mniejsza niż w przypadku usług medycznych.

I. Korzystanie przez szpitale z zewnętrznych usług medycznych

1. W 11 skontrolowanych szpitalach decyzje o zleceniu wykonywania świadczeń zdrowotnych podmiotowi zewnętrznemu tylko sporadycznie (w dziewięciu na 53 badane przypadki) poprzedzano udokumentowaną analizą opłacalności i efektów takiego rozwiązania¹. Żaden ze szpitali nie rozważał zagrożeń, jakie niesła za sobą utrata bezpośredniej kontroli nad częścią działalności placówki leczniczej oraz metod ich eliminacji. Dyrektorzy szpitali z góry zakładali niższe koszty usług zewnętrznych, lepszą organizację pracy u podwykonawców lub tłumaczyli się brakiem środków na inwestycje niezbędne do samodzielnej realizacji zadań. Brak potwierdzających to analiz lub ich szczątkowość utrudniały Izbie przeprowadzenie kontroli w tym zakresie i dokonanie oceny racjonalności wydatków publicznych. Świadczyły o zaniechaniu – określonego w ustawie o finansach publicznych – obowiązku doboru optymalnych rozwiązań zmierzających do osiągnięcia założonych celów oraz wydatkowania środków w sposób zapewniający ich efektywność ekonomiczną². [str. 19–22]

Odnotać należy przy tym argument podnoszony przez dyrektorów szpitali³, że jedną z głównych korzyści zlecenia usług medycznych na zewnątrz był brak konieczności przestrzegania norm czasu pracy, w tym obowiązku zachowania 11-godzinnego odpoczynku dobowego. W szpitalach nie analizowano przy tym ryzyka, jakie niesie za sobą nadmierne obciążenie pracą personelu

¹ Najpowszechniej (w 75% badanych przypadków) takie działania podejmowano w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Białej Podlaskiej (zwanym dalej: „szpitalem w Białej Podlaskiej”), gdzie ponadto zakres analizy ekonomicznej wykorzystania usług laboratoryjnych należy ocenić jako dobrą praktykę. Podejmowane działania pozwalały bowiem kształtować zakres zleczanych usług odpowiednio do zmieniających się potrzeb szpitala i możliwości realizacji badań we własnym zakresie.

² Art. 44 ust. 3 pkt 1 ufp.

³ Pod pojęciem „dyrektor szpitala” w niniejszej informacji należy rozumieć również komendanta i dyrektora naczelnego szpitala.

medycznego. Nie monitorowano czasu udzielania świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny realizujący umowy cywilnoprawne. Tymczasem w ośmiu skontrolowanych jednostkach dopuszczono do długotrwałego wykonywania zadań bez odpoczynku, w skrajnych przypadkach średnio przez ponad 19 godzin dziennie w okresie tygodniowym. [str. 21, 40–42, 44–47]

Przypadki znaczącego obciążenia czasem wykonywania zadań przez personel medyczny realizujący umowy cywilnoprawne potwierdzają także udostępnione NIK wyniki kontroli Państwowej Inspekcji Pracy. W ocenie Izby znaczne wydłużenie czasu pracy świadczonej przez zewnętrzny personel medyczny ma nie tylko negatywne skutki dla samego personelu, ale może mieć niekorzystny wpływ na jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych, a przez to na zdrowie lub życie pacjentów.

2. W sześciu szpitalach kontrola NIK wykazała udzielenie łącznie 20 zamówień na udzielanie świadczeń zdrowotnych (na łączną kwotę 6 072,0 tys. zł) bez przeprowadzenia konkursu ofert, wymaganego przepisami ustawy o działalności leczniczej i zapewniającego konkurencyjność wyboru wykonawcy. W istotny sposób przyczyniło się do tego zaniedbywanie przez służby administracyjne szpitali obowiązku szacowania wartości tych zamówień. Wartość przedmiotu zamówienia w każdym z ww. przypadków zobowiązywała do wszczęcia procedury konkursowej; jej unikanie nie pociąga jednak za sobą odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych. [str. 23]

3. Sposób zamawiania świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez personel medyczny w rażący sposób naruszał zasady i tryb prowadzenia konkursów ofert, określone w ustawie o działalności leczniczej. Wynikało to w dużej mierze z przyczyn niezależnych od szpitala: niedoboru kadr medycznych na rynku pracy, presji lekarzy, szczególnie specjalistów, na wzrost wynagrodzeń i związane z tym przechodzenie z umów o pracę na umowy cywilnoprawne. Stwarzało to stałe zagrożenie możliwością odstąpienia od współpracy przez kluczowy personel, co mogło skutkować niespełnieniem przez szpitale wymagań i niewykonaniem kontraktu z NFZ⁴ [str. 28, 30–31]. Wyniki kontroli wykazały jednak, że same szpitale nie dążyły do uzyskania jak największej liczby konkurencyjnych ofert, sprowadzając często konkurs do formalności służącej przedłużeniu dotychczasowych umów.

Liczne przypadki nierzetelnego opisu przedmiotu zamówienia i warunków konkursu [str. 24, 26], przyjmowania ofert niekompletnych, zawierania umów na warunkach gorszych dla szpitali od oferowanych [str. 28–30], a także zmiany warunków określonych w ofertach w trakcie toczącego się postępowania konkursowego świadczyły o braku przejrzystości i niedochowaniu zasady uczciwej konkurencji, a często też o wspieraniu interesów wykonawców kosztem interesu szpitala. Swobodnie zmieniono – na niekorzyść szpitala – postanowienia 13% badanych umów zawartych w wyniku przeprowadzenia konkursów [str. 34], co naruszało określone w art. 44 ust. 3 pkt 1 lit. a ufp zasady dokonywania wydatków. Najwyższa Izba Kontroli zwraca przy tym uwagę, że niekorzystnych dla szpitali zmian umów winien zakazywać art. 27 ust. 5 udl, którego zapis jest jednak niejasny i nie odpowiada temu celowi.

Tymczasem w postępowaniach na usługi diagnostyczne dążono do wyboru spośród wielu konkurencyjnych ofert. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły natomiast niedokonywania ocen ofert pod kątem jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. W ośmiu z 14 badanych konkursów ofert na usługi diagnostyczne jedynym kryterium wyboru wykonawcy była cena, podczas gdy przepisy określają obowiązek uwzględnienia również takich parametrów, jak kwalifikacje personelu czy wyposażenie w aparaturę medyczną. [str. 25]

⁴ Wskutek braku porozumienia z personelem lekarskim jeden z kontrolowanych szpitali zmuszony został do ewakuacji pacjentów leczonych na dwóch oddziałach.

Ponadto skontrolowane szpitale nie zgłosiły do NFZ jako podwykonawców niemal 36% podmiotów wykonujących na ich rzecz usługi diagnostyczne, ograniczając w ten sposób nadzór Funduszu jako płatnika świadczeń. [str. 37]

4. W siedmiu skontrolowanych szpitalach świadczenia zdrowotne udzielane były przez personel medyczny udostępniany szpitalowi przez inny podmiot leczniczy, przy czym w trzech szpitalach zadania (o wartości 26 792,4 tys. zł) wykonywane przez personel usługodawców wykraczały poza dopuszczalny rodzaj wykonywanych świadczeń i zakres działalności wykonawcy, co było niezgodne z art. 26 ust. 2 udl, jak również ograniczało możliwość nadzoru ze strony wojewodów i Ministra Zdrowia nad prawidłowością udzielania świadczeń. Ponadto sześć skontrolowanych szpitali, wykorzystując niejasności w przepisach prawa i niejednolitość działań NFZ, nie zgłosiło tych podmiotów jako podwykonawców, co w istotny sposób ograniczało nadzór sprawowany przez NFZ nad prawidłową realizacją kontraktów [str. 48–50]. Stwierdzono także przypadki, gdy lekarze pracowali w tym samym szpitalu naprzemiennie na podstawie umowy ze szpitalem i usługodawcą. Częściej dochodziło wówczas do ograniczania czasu przeznaczanego na odpoczynek dobowy lub tygodniowy, jak również rodziło wątpliwości co do podległości służbowej lekarza udzielającego świadczeń. [str. 36, 46]

5. Nadzór 11 skontrolowanych szpitali nad realizacją świadczeń zdrowotnych przez zewnętrznych usługodawców był dalece niewystarczający. Jego skuteczności nie sprzyjały już same postanowienia zawieranych umów, które nie określały kluczowych elementów zapewniających prawidłową ich realizację, w tym wymaganych art. 27 udl. Umowy nie zawierały w szczególności postanowień o minimalnej liczbie osób udzielających świadczeń (48% badanych konkursów) oraz o prawie przeprowadzania kontroli u podwykonawców (8%). Nie przewidywały też kar umownych za nieprawidłowe udzielanie świadczeń (24%). Większość umów zawartych z podmiotami leczniczymi nie zobowiązywała ich do utrzymywania wskazanego w toku konkursu potencjału w zakresie sprzętu i personelu. Żaden ze szpitali nie wykorzystał określonego w umowie uprawnienia do kontroli usługodawców. Jeden szpital⁵ nakładał na wykonawcę obowiązek wniesienia zabezpieczenia należytego wykonania umowy, co NIK uznała za dobrą praktykę. [str. 32–34, 38]

Braki zabezpieczenia interesów szpitala w umowach o udzielanie świadczeń zdrowotnych kontrastowały z postanowieniami umów na usługi niemedyce, zapewniającymi szpitalom dużo większe możliwości wyegzekwowania ich prawidłowej realizacji. [str. 59]

W ocenie Izby istnieje pilna konieczność wzmocnienia nadzoru szpitali nad realizacją zleconych świadczeń zdrowotnych. Uzasadniają to następujące przypadki stwierdzone w toku kontroli NIK oraz kontroli prowadzonych przez wojewodów na zlecenie Izby:

- rozliczanie udzielania świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny zatrudniony na podstawie umów cywilnoprawnych w dwóch różnych miejscach w tym samym czasie (w trzech szpitalach); [str. 42]
- naruszanie przez podwykonawców umownych warunków udzielania świadczeń poprzez likwidację laboratorium, w którym miały być wykonywane badania (w jednym szpitalu); [str. 42]
- powierzanie przez podwykonawców zadań osobom bez odpowiednich kwalifikacji (w jednym szpitalu); [str. 39]

⁵ Uniwersytecki Szpital w Lublinie (zwany dalej: „szpitalem w Lublinie”).

- powierzenie przez personel medyczny obowiązków wynikających z umowy cywilnoprawnej osobie trzeciej bez zgody szpitala (w jednym szpitalu); [str. 43]
- niewypełnianie lub nieprawidłowe wypełnienie dokumentacji medycznej przez podwykonawców i personel medyczny zatrudniony na podstawie umów cywilnoprawnych (w pięciu szpitalach); [str. 39, 43]
- nieprzeprowadzanie przez podwykonawców wymaganych przeglądów aparatury medycznej (w trzech szpitalach); [str. 39]
- niedochowywanie przez podwykonawców terminów wykonywania badań diagnostycznych (w trzech szpitalach). [str. 39]

Nadzór nad realizacją usług medycznych był dodatkowo osłabiony w trzech skontrolowanych szpitalach, gdzie weryfikację prawidłowej realizacji umów przez podmioty zewnętrzne powierzono pracownikom SPZOZ będącym jednocześnie pracownikami lub udziałowcami podwykonawcy. Stwarzało to oczywisty konflikt interesów. Ponadto udostępnienie tym podmiotom majątku szpitali, najczęściej bez zawarcia odrębnej pisemnej umowy (najmu, dzierżawy, użytkowania czy użyczenia), następowało bez nadzoru ze strony podmiotów tworzących SPZOZ. [str. 50]

II. Korzystanie przez szpitale z zewnętrznych usług niemedycechnych

Usługi niemedyceczne, mimo że niezwiązane bezpośrednio z procesem leczenia i o wartości stanowiącej ułamek wydatków szpitali na usługi medyczne, pozostawały pod znacznie ściślejszym nadzorem kontrolowanych szpitali, które systematycznie prowadziły też bezpośrednią kontrolę wykonawców. Przeprowadzone przez NIK badanie prawidłowości realizacji tych usług wykazało jedynie nieznaczne nieprawidłowości. [str. 61–62]

W jednym spośród 11 skontrolowanych szpitali stwierdzono, że zlecenie usług w zakresie sprzątnięcia podmiotowi zewnętrznemu było niegospodarne. Usługi zlecone na zewnątrz były bowiem droższe o 122,1 tys. zł od kosztów samodzielnego wykonywania tych zadań przez szpital. W pozostałych badanych przypadkach zlecenie usług niemedycechnych NIK nie stwierdziła nieprawidłowości, jednak – podobnie jak w przypadku usług medycznych – w 68% badanych przypadków brak było dokumentów świadczących o przeprowadzeniu analizy opłacalności i efektów powierzenia zadań podmiotowi zewnętrznemu. [str. 53–55]

Zlecenie usług niemedycechnych przez skontrolowane szpitale Izba ocenia jako zasadniczo zgodne z prawem zamówień publicznych. Jedynie w toku jednej spośród 11 przeprowadzonych kontroli stwierdzono nieprawidłowości mające wpływ na wynik postępowania, gdy realizację usługi o wartości 381,3 tys. zł zlecono wykonawcy, którego oferta podlegała wykluczeniu. [str. 57–59]

NIK stwierdziła zbyt późne wszczęcie pięciu postępowań (w 26% badanych zamówień), nie gwarantujące zawarcia nowych umów przed zakończeniem poprzednio obowiązujących. W trzech szpitalach doszło do udzielenia zamówień w trybie z wolnej ręki lub nieuprawnionego udzielenia zamówień uzupełniających, na skutek zbyt późnego wszczęcia przetargu i konieczności zapewnienia ciągłości usług. Wartość zamówień udzielonych z naruszeniem prawa wyniosła łącznie 1 836,0 tys. zł [str. 55–57]. Inna stwierdzona w toku kontroli typowa nieprawidłowość dotyczyła udzielenia przez cztery skontrolowane szpitale ogółem pięciu zamówień (o wartości łącznej 3 529,5 tys. zł) na usługi transportu sanitarnego bez stosowania przepisów pzp, w wyniku błędnego założenia, że usługi te polegają na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. [str. 61]

Umowy z wykonawcami usług niemedycechnych przewidywały szereg elementów zapewniających nadzór nad prawidłowością realizowanych zadań. W ponad 90% zbadanych umów, zawartych po przeprowadzeniu postępowań w trybach konkurencyjnych, przewidziano nakładanie kar za nienależyte jej wykonanie, a w niemal 37% tych umów zawarto obowiązek wniesienia przez wykonawcę zabezpieczenia należytego jej wykonania. Aż w 84% umów – oprócz sprawowania bieżącego nadzoru – określono zasady prowadzenia okresowych kontroli lub badań jakości realizowanych usług. [str. 59]

Część skontrolowanych szpitali prowadziła badania ankietowe satysfakcji pacjentów, jednak w kontroli nie stwierdzono przypadku powiązania sankcji zawartych w umowach z wynikami tych ankiet. W ocenie NIK takie powiązanie mogłoby pozytywnie wpłynąć na jakość realizowanych usług niemedycechnych. [str. 60]

2.2 Uwagi końcowe i wnioski

Wyniki kontroli NIK⁶ wskazują, że system zlecenia przez szpitale udzielania świadczeń zdrowotnych osobom wykonującym zawody medyczne nie tylko nie funkcjonuje prawidłowo, ale prowadzi do wielu niepokojących zjawisk. W pierwszej kolejności należy tu wymienić skrajne obciążanie personelu medycznego wykonywaniem zadań bez odpoczynku, stałą presję kadr na wzrost wynagrodzeń, ograniczenie nadzoru nad udzielaniem świadczeń zdrowotnych, jak również nieprawidłowe i naruszające zasadę uczciwej konkurencji wyłanianie wykonawców usług. W ocenie Najwyższej Izby Kontroli wskazane jest, aby organy odpowiedzialne za tworzenie i egzekwowanie przepisów określających zasady prowadzenia działalności leczniczej rozpoczęły publiczną dyskusję na temat ograniczenia zakresu, w jakim dopuszczalne jest wykonywanie przez personel medyczny zadań w publicznych podmiotach leczniczych na podstawie umów cywilnoprawnych.

Niezależnie od powyższego Najwyższa Izba Kontroli formułuje następujące wnioski mające na celu poprawę funkcjonowania obecnie obowiązujących uregulowań prawnych:

1) Ustalenia kontroli wskazują na niską konkurencję w konkursach ofert, których przedmiotem są świadczenia zdrowotne personelu medycznego. [str. 28] W ocenie Najwyższej Izby Kontroli przyczynia się do tego brak uregulowań prawnych określających sposób i miejsce zamieszczania ogłoszenia o konkursie ofert [str. 73]. Mimo wskazywania przez dyrektorów szpitali na niedobór personelu medycznego na rynku pracy, żadna z jednostek nie publikowała ogłoszeń poza swoją siedzibą lub swoją stroną internetową [str. 24]. Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że osoba prowadząca indywidualną praktykę zawodową nie ma możliwości śledzenia ogłoszeń o konkursach ofert publikowanych przez wiele jednostek, w wielu miejscach.

Dla zapewnienia realnej konkurencji w postępowaniach prowadzonych w trybie konkursu ofert, wskazane jest, aby **Minister Zdrowia** rozważył:

- a) utworzenie internetowej platformy służącej publikacji przez publiczne podmioty lecznicze ogłoszeń o konkursach ofert;
- a) podjęcie działań legislacyjnych wprowadzających w art. 26 udl wymóg publikowania ogłoszeń o konkursach ofert na powyższej platformie internetowej oraz – w przypadku konkursów ofert

⁶ Opisane w niniejszej informacji o wynikach kontroli, jak również m.in. w informacji o wynikach kontroli zatrudniania w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej (nr ewid. 41/2015/P/14/065/KZD).

o szacowanej wartości zamówienia przekraczającej wyrażoną w złotych równowartość kwoty 130 000 euro – zobowiązujących do przekazywania ogłoszeń o konkursach ofert Urzędowi Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich.

2) W aktualnym stanie prawnym środki odwoławcze przysługujące oferentom, ustalone w art. 26 ust. 4 udl, rozpatrywane są przez stronę postępowania, tj. podmiot udzielający zamówienia, co rodzi oczywiste ryzyko niezachowania obiektywizmu rozstrzygnięcia [str. 73]. Z ustaleń kontroli wynika, że cztery skontrolowane szpitale prowadziły konkursy ofert w sposób utrudniający lub uniemożliwiający skuteczne składanie odwołań od ich wyniku⁷ [str. 31–32]. Powyższe uzasadnia podjęcie przez **Ministra Zdrowia** działań legislacyjnych zmierzających do zapewnienia bezstronności postępowania odwoławczego w konkursach ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych poprzez usunięcie w art. 26 ust. 4 udl odwołania do art. 154 ust. 1 i 2 uósz oraz dodanie po art. 26a ustawy o działalności leczniczej art. 26b, w którym wskazany zostanie podmiot zewnętrzny właściwy do rozpatrywania odwołań od niezgodnych z prawem czynności lub zaniechań zamawiających w postępowaniach przeprowadzonych w trybie konkursu ofert, o którym mowa w art. 26 ust. 3 udl, oraz określone zostaną zasady i tryb postępowania przy rozpatrywaniu odwołań.

3) Ustalenia NIK, a także Państwowej Inspekcji Pracy wskazują na przypadki, gdy personel medyczny wykonuje w jednym podmiocie leczniczym te same zadania na podstawie umów zawartych ze szpitalem i jednocześnie z podmiotem zewnętrznym [str. 35–36]. Pozwala to na obejście przepisów art. 22 kp oraz przepisów o czasie pracy określonych w dziale III udl. Taka organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych przyczynia się także do znacznego obciążenia personelu medycznego czasem wykonywania zadań oraz do powstania konfliktu interesów, gdy pracownik szpitala nadzoruje podmiot zewnętrzny, w którym jednocześnie jest zatrudniony [str. 26, 50]. Najwyższa Izba Kontroli zwraca ponadto uwagę, że niesie to za sobą możliwość uznania przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych szpitali za płatników składek na ubezpieczenie emerytalne, rentowe, chorobowe i wypadkowe z tytułu umowy cywilnoprawnej łączącej osobę wykonującą zawód medyczny z innym podmiotem⁸ [str. 52], co w istotny sposób może negatywnie wpłynąć na ich sytuację finansową. Najwyższa Izba Kontroli podtrzymuje zatem wniosek sformułowany w informacji o wynikach kontroli zatrudnienia w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej⁹, dotyczący rozważenia przez **Ministra Zdrowia** zmiany obowiązującego stanu prawnego w taki sposób, by prawo do odpoczynku było przypisane do pracownika (osoby) i uwzględniało łączny czas wykonywania obowiązków u jednego pracodawcy niezależnie od formy zawartych umów. Jednocześnie – w uzupełnieniu powyższego wniosku – Izba wnosi do **Ministra Zdrowia** o rozważenie zainicjowania zmian przepisów udl, tak aby – nie naruszając swobody zawierania umów i prawa wykonywania zawodów medycznych – wyeliminować przypadki naprzemiennego udzielania świadczeń zdrowotnych przez osoby wykonujące zawód medyczny w jednym przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umów zawartych z wieloma podmiotami leczniczymi.

⁷ Takie nieprawidłowości mogą prowadzić do sytuacji, w której odwołania nie można prawidłowo rozpatrzyć np. ze względu na wcześniejsze podpisanie umowy, co stwierdzono w toku kontroli „Gospodarki finansowej Publicznego Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Inowrocławiu” (S/13/005/LBY).

⁸ Na podstawie art. 8 ust. 2a ususz, co potwierdza aktualne orzecznictwo sądów, np. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 lutego 2014 r. sygn. I UK 323/13.

⁹ Informacja o wynikach kontroli zatrudnienia w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej, nr ewid. 41/2015/P/14/065/KZD.

4) W żadnym z kontrolowanych konkursów ofert na usługi personelu medycznego szpitale nie żądały od oferentów podawania liczby świadczeń zdrowotnych, pomimo ustawowego obowiązku odrzucenia ofert niezawierających takiej informacji [str. 25]. Szpitale, wbrew wymogom ustawowym, opisywały przedmiot zamówienia nie podając wszystkich świadczeń, jakie mają być przedmiotem umowy [str. 24]. Ustalenia NIK, a także wyjaśnienia samych kontrolowanych wskazują, że przepisy, które miały umożliwić nabywanie konkretnych, dających się opisać świadczeń zdrowotnych nie odpowiadają specyfice udzielanych zamówień, służących zastąpieniu „etatowej” pracy lekarzy, pielęgniarek i pozostałego personelu medycznego pracą na podstawie umów cywilnoprawnych. Szpitale nie są zatem w stanie wskazać w opisie przedmiotu zamówienia na usługi personelu medycznego całego zakresu świadczeń zdrowotnych, a tym bardziej nie mogą żądać podawania w ofercie liczby tych świadczeń.

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli brak możliwości realizacji powyższych wymogów ustawowych skutkowało świadomym niestosowaniem prawa i udzielaniem zamówień przez dwa skontrolowane szpitale w sposób nieprzejrzysty i utrudniający konkurencję, a w kolejnych dwóch w sposób niezapewniający oferentom pełnej wiedzy o przedmiocie zamówienia [str. 24]. Uzasadnia to potrzebę podjęcia przez **Ministra Zdrowia** działań zmierzających do dostosowania procedury konkursu ofert do charakteru zamawianych świadczeń udzielanych przez personel medyczny, w tym w szczególności podjęcie działań legislacyjnych zmierzających do wskazania w art. 26 udl, że:

- a) zawarte w art. 26 ust. 4 udl odwołanie do art. 149 ust. 1 pkt 3 uśoz w części dotyczącej odrzucenia oferty, która nie zawiera liczby świadczeń zdrowotnych, nie ma zastosowania w konkursach ofert na świadczenia zdrowotne udzielane przez osoby wykonujące zawód medyczny;
- b) opis przedmiotu zamówienia, o którym mowa w art. 140 ust. 1 uśoz w zw. z art. 26 ust. 4 udl, w konkursach ofert na usługi personelu medycznego może zostać ograniczony do określenia: specjalności medycznej, której czynności mają być wykonywane, komórek organizacyjnych, w jakich udzielane będą świadczenia zdrowotne oraz zasad organizacji udzielania tych świadczeń.

5) Ustalenia kontroli wskazują, że skontrolowane szpitale zawierały z wybranymi oferentami umowy na warunkach gorszych, niż wynikało to ze złożonej oferty [str. 29–31]. Postanowienia 13% badanych umów zawartych w wyniku przeprowadzenia konkursów były ponadto zmieniane w trakcie ich realizacji w sposób niekorzystny dla szpitala [str. 34]. W ocenie Izby do nieprawidłowości w powyższym zakresie przyczynia się brak określenia w przepisach udl obowiązku zawarcia umowy na warunkach określonych w wybranej ofercie¹⁰ oraz treść art. 27 ust. 5 udl, którego literalne brzmienie nie zakazuje dokonywania w umowach zmian skutkujących niegospodarnością w wydatkowaniu środków publicznych [str. 74]. Uzasadnia to podjęcie przez **Ministra Zdrowia** działań legislacyjnych zmierzających do:

- a) określenia w art. 27 udl, że zakres i warunki świadczenia przyjmującego zamówienie wynikające z umowy zawartej w wyniku konkursu ofert są tożsame z jego zobowiązaniem zawartym w ofercie;
- a) zmiany zapisu art. 27 ust. 5 udl w ten sposób, że nieważna jest zmiana postanowień zawartej umowy niekorzystna dla udzielającego zamówienia, jeżeli przy jej uwzględnieniu zachodziłaby

¹⁰ W stanie prawnym obowiązującym do 30 czerwca 2011 r. art. 35 ust. 1 ustawy o zoz, stanowił, że umowę o udzielenie zamówienia zawierało się m.in. na podstawie wyników przeprowadzonego konkursu ofert na udzielenie zamówienia. W art. 27 udl nie określono analogicznego wymogu.

konieczność zmiany treści oferty, na podstawie której dokonano wyboru przyjmującego zamówienie, chyba że konieczność wprowadzenia takiej zmiany wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy.

6) Kontrola NIK wykazała, że sześć skontrolowanych szpitali udzielało świadczeń zdrowotnych przy współudziale personelu medycznego udostępnionego przez zewnętrzne podmioty lecznicze, które nie zostały wymienione w załączonym do kontraktów z NFZ „wykazie podwykonawców”. Wynikało to z niejasności definicji „podwykonawca” zawartej w przepisach wykonawczych¹¹ wydanych na podstawie art. 137 uósz [str. 51–52]. W ocenie NIK wskazana definicja, określająca że podwykonawcą jest podmiot, który wykonuje część umowy, samodzielnie organizując powierzony zakres czynności, została sformułowana z naruszeniem technik legislacyjnych, a ponadto budzi wątpliwości interpretacyjne [str. 68]. Szpitale same organizują bowiem pracę personelu medycznego udostępnionego przez zewnętrzne podmioty lecznicze, uznając w konsekwencji, że nie mają obowiązku zgłoszenia takiego „podwykonawcy” do NFZ. Powyższy stan prowadzi jednak do niedochowania przepisów art. 133 uósz, zgodnie z którym świadczeniodawcy mogą zlecać podwykonawcom udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach kontraktu z NFZ, jeżeli on tak stanowi. Brak wiedzy NFZ o „podwykonawcach” ogranicza ponadto nadzór sprawowany przez Fundusz nad prawidłowością realizacji kontraktów.

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli wskazane jest podjęcie przez **Ministra Zdrowia** działań legislacyjnych zmierzających do usunięcia definicji ustawowego terminu „podwykonawca” z przepisów wykonawczych do uósz, w wyniku czego o możliwości korzystania z podwykonawców zacznie, zgodnie z art. 133 uósz, decydować wyłącznie kontrakt z NFZ.

7) Kontrola wykazała liczne przypadki istotnych naruszeń przepisów w zakresie udzielania zamówień na świadczenia zdrowotne, w tym: unikania wymaganej prawem procedury konkursu ofert [str. 23], przygotowywania konkursów ofert w sposób ograniczający wiedzę oferentów o przedmiocie zamówienia [str. 24] oraz nieujawniania lub niezasadnego określania kryteriów ocen ofert. [str. 26] Ustalono także przypadki świadomego podejmowania działań niezgodnych z prawem [str. 49], a w części jednostek występowały powiązania pracowników szpitali z zewnętrznymi podmiotami leczniczymi [str. 26, 50]. W celu ograniczenia tych niekorzystnych zjawisk wskazane jest zdaniem NIK zwiększenie osobistej odpowiedzialności osób dysponujących środkami publicznymi na zakup świadczeń zdrowotnych od zewnętrznych podmiotów gospodarczych.

Wobec powyższego Najwyższa Izba Kontroli wnosi **do Ministra Finansów** o podjęcie działań legislacyjnych zmierzających do wprowadzenia do katalogu czynów stanowiących naruszenie dyscypliny finansów publicznych, określonych w ustawie z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych¹², działań niezgodnych z przepisami regulującymi udzielanie zamówień na udzielanie świadczeń zdrowotnych. I tak, w dziale II rozdziale 1 tej ustawy, powinny zostać wskazane naruszenia udł polegające m.in. na:

- dokonaniu opisu przedmiotu zamówienia w sposób utrudniający uczciwą konkurencję;
- nieokreśleniu kryteriów porównania ofert, ich nieujawnieniu lub zmianie w trakcie postępowania;

¹¹ W okresie objętym kontrolą definicję podwykonawcy zawarto w §1 pkt 18 załącznika do wydanego na podstawie art. 137 ust. 9 uósz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484), które zostało uchylone z dniem 1 stycznia 2016 r. Obowiązująca od dnia 1 stycznia 2016 r. definicja podwykonawcy została zawarta w §1 pkt 8 załącznika do wydanego na podstawie art. 137 ust. 2 uósz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1400, ze zm.).

¹² Dz. U. z 2013 r. poz. 168.

- nieopublikowaniu określonego w udl ogłoszenia o konkursie ofert lub o wyniku konkursu ofert oraz nieprzekazaniu ogłoszenia o konkursie ofert i wyniku rozstrzygnięcia konkursu ofert Urzędowi Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich;
- udzieleniu zamówienia na świadczenia zdrowotne przyjmującemu zamówienie, który nie został wybrany w trybie konkursu ofert, a wartość zamówienia zobowiązuje do udzielenia zamówienia w tym trybie;
- zawarciu umowy niezgodnie z warunkami wskazanymi w konkursie ofert, w tym w ofercie przyjmującego zamówienie oraz dokonanie niedozwolonej zmiany w postanowieniach umowy.

Naruszeniem dyscypliny finansów publicznych powinno być również naruszenie przepisów udl w inny sposób niż to określono powyżej, jeżeli miało wpływ na wynik konkursu ofert, chyba że nie doszło do udzielenia zamówienia.

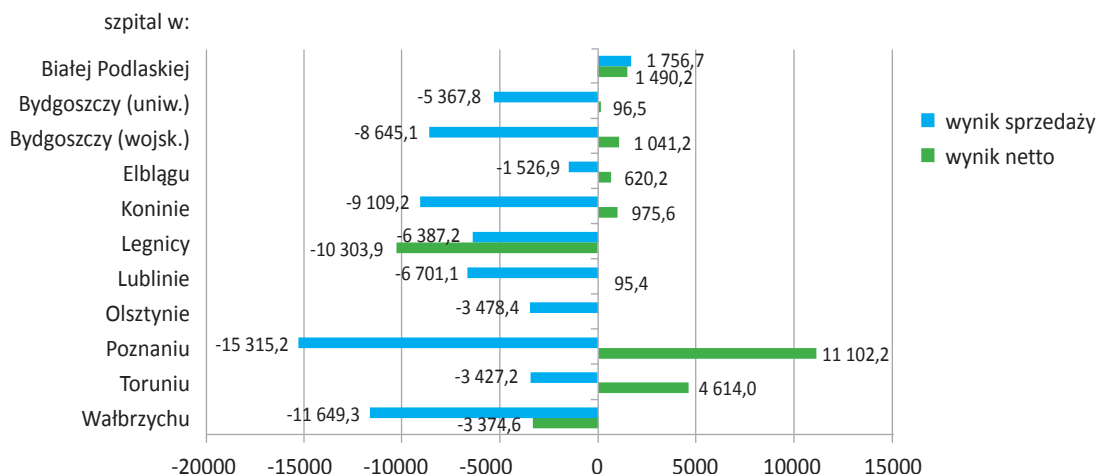
Najwyższa Izba Kontroli, niezależnie od wniosków przekazanych w wystąpieniach pokontrolnych kierownikom skontrolowanych jednostek, uznaje za wskazane podejmowanie przez osoby kierujące szpitalami publicznymi następujących działań, służących efektywnemu wykorzystaniu środków przeznaczonych na nabywanie usług zewnętrznych:

- prowadzenie rzetelnych analiz porównawczych w zakresie alternatywnych metod realizacji zadań, w tym definiowanie ryzyk, jakie stwarzają poszczególne metody wraz z możliwymi sposobami ich eliminacji;
- wprowadzenie skutecznych procedur zapewniających rzetelne szacowanie wartości przedmiotu zamówienia oraz przeprowadzanie konkursów ofert, jeśli wartość ta przekracza kwotę określoną w art. 26 ust. 4a udl;
- planowanie postępowań prowadzących do zawarcia umów na usługi zewnętrzne w terminach gwarantujących zawieranie umów przed wygaśnięciem umów poprzednio obowiązujących;
- dążenie do jak najszerszego upowszechnienia ogłoszeń o konkursach ofert;
- stosowanie jakościowych kryteriów porównania ofert i stawianie warunków w zakresie jakości udzielanych świadczeń wyłącznie w zakresie niezbędnym dla prawidłowej realizacji zadań i nieograniczającym konkurencji;
- dążenie do zapewnienia związania świadczeniodawców warunkami określonymi w ofertach składanych w konkursach ofert;
- wyeliminowanie negatywnych skutków udzielania świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny udostępniony przez zewnętrzny podmiot leczniczy, w szczególności zapewnienie powierzenia majątku szpitala z zachowaniem art. 54 ust. 2 udl oraz wyeliminowanie przypadków konfliktu interesów przy nadzorowaniu działalności podmiotu zewnętrznego przez pracownika szpitala powiązanego z tym podmiotem;
- wzmocnienie nadzoru nad udzielaniem świadczeń zdrowotnych przez zewnętrzne podmioty lecznicze, w tym w szczególności systematyczne przeprowadzanie kontroli warunków udzielania świadczeń przez te podmioty;
- zwiększenie nadzoru nad wykonywaniem zadań przez personel medyczny realizujący umowy cywilnoprawne zarówno w zakresie prawidłowości rozliczanych godzin, jak i zapobiegania zbyt niemu obciążeniu poszczególnych osób czasem wykonywania zadań w podmiocie leczniczym.

Szpitaly objęte kontrolą znajdowały się w dobrej kondycji finansowej. Choć tylko jeden szpital osiągał w latach 2012–2014 dodatni wynik finansowy na swojej działalności podstawowej¹³, to zysk netto na koniec lat 2012 i 2014 wykazało dziewięć skontrolowanych szpitali, a na koniec 2013 r. – osiem. Zarówno osiągnięte zyski, jak i straty netto, w ośmiu przypadkach nie stanowiły nawet 2% przychodów. Stratę netto przekraczającą ww. próg miał jeden ze skontrolowanych szpitali a dwa osiągały zyski netto przekraczające 2% przychodów.

Wykres nr 1

Wyniki finansowe szpitali w 2014 r. w tys. zł



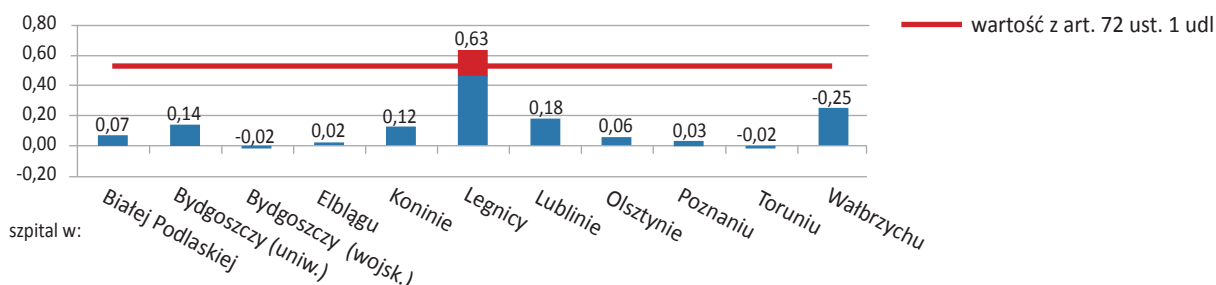
Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdań finansowych szpitali.

Do kontroli zostały wybrane, tak jak to zostało wskazane w pkt 4.1 niniejszej informacji, podmioty lecznicze realizujące jedno z największych wartościowo kontraktów z NFZ, korzystające w szerokim zakresie z usług zewnętrznych.

Dziesięć skontrolowanych szpitali miało niskie lub bardzo niskie zadłużenie. Tylko w jednym skontrolowanym szpitalu wskaźnik zadłużenia, o którym mowa w art. 70 udl, przekraczał wartość o której mowa w art. 72 ust. 1 udl¹⁴, tj. 0,5. W dziesięciu szpitalach wskaźnik ten był równy lub niższy niż 0,25. Na koniec lat 2012–2014 cztery skontrolowane szpitale nie wykazały zobowiązań wymagalnych, a w jednym ich wartość była nieznaczną¹⁵.

Wykres nr 2

Wskaźniki zadłużenia na 31 grudnia 2014 r.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie sprawozdań finansowych szpitali.

¹³ Tj. zysk ze sprzedaży.

¹⁴ Oznacza to, że zobowiązania szpitala, po ich pokryciu inwestycjami krótkoterminowymi, stanowiły ponad 50% przychodów ogółem.

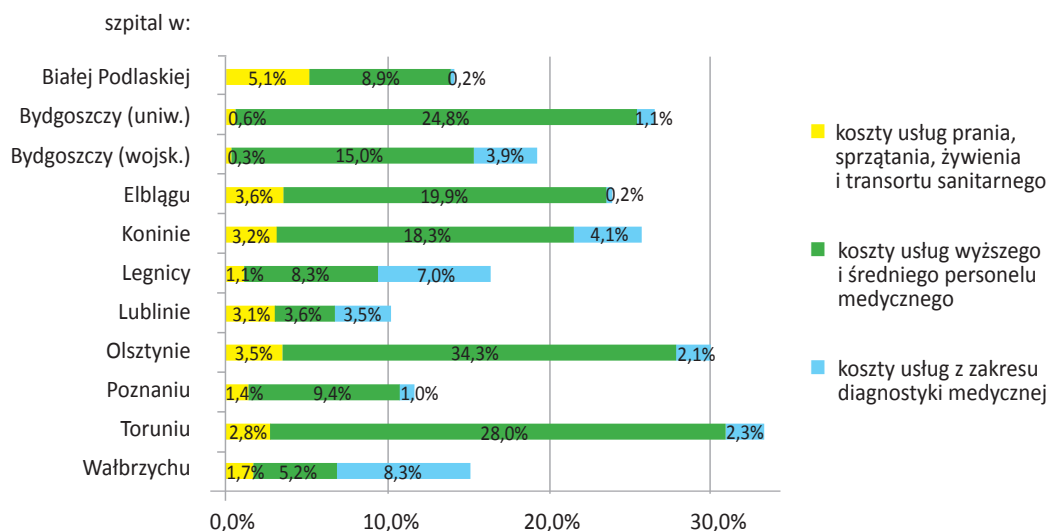
¹⁵ Poniżej 100 tys. zł w każdym ze wskazanych okresów.

3.1 Zlecenie realizacji świadczeń zdrowotnych i nadzór nad ich wykonaniem

Koszty zewnętrznych usług medycznych w latach 2012–2014 stanowiły w skontrolowanych szpitalach od 3,6% do 31,5% kosztów działalności operacyjnej. Szpitale wydatkowały na ten cel średniorocznie od 3 811,7 tys. zł do 77 038,7 tys. zł, uśredniona wartość wydatków w roku dla 11 szpitali wyniosła 29 621,4 tys. zł. Najistotniejsze znaczenie, ze względu na wartość¹⁶, miały koszty umów cywilnoprawnych zawartych z wyższym personelem medycznym, które stanowiły od 30,4% do 71,3% ogółu kosztów zewnętrznych usług medycznych, średnio 53,2%. Usługi wykonywania określonych procedur, najczęściej diagnostycznych, przez zewnętrzne podmioty lecznicze stanowiły w poszczególnych szpitalach od 0,8% do 61,6% ogółu kosztów zewnętrznych usług medycznych, średnio 21,5%. Koszty świadczeń zdrowotnych udzielanych przez średni personel medyczny ponosiło 10 skontrolowanych szpitali, a ich udział w kosztach zewnętrznych usług medycznych wynosił średnio 13,9% (maksymalnie 38,1%). Usługi personelu medycznego zapewniane przez zewnętrzne podmioty lecznicze, w czterech szpitalach, w których była możliwość ich wyodrębnienia w ewidencji księgowej, stanowiły do 67,0% kosztów medycznych usług zewnętrznych, średnio w kontrolowanych jednostkach 12,2%.

Wykres nr 3

Udział kosztów usług objętych kontrolą w kosztach działalności szpitali



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z ewidencji finansowo-księgowej szpitali.

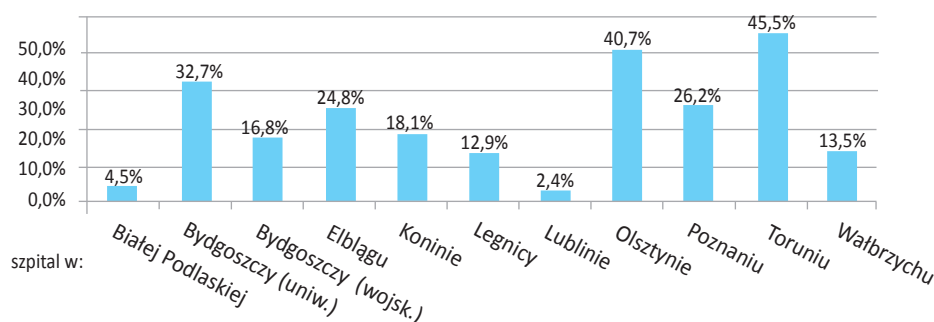
W objętych kontrolą 11 szpitalach, na dzień 31 grudnia 2014 r. świadczeń zdrowotnych udzielało 10 309 osób personelu medycznego mających zawarte ze szpitalami umowy o pracę (7 693) lub umowy cywilnoprawne (2 616). Najliczniejszą grupą personelu medycznego udzielającego świadczeń zdrowotnych na podstawie umów cywilnoprawnych byli: lekarze – 1 324 osób

¹⁶ Analizę struktury wydatków na świadczenia zdrowotne utrudniają usługi personelu medycznego udzielane za pośrednictwem podmiotów leczniczych, które w skontrolowanych szpitalach księgowano na różnych kontaktach: wraz z usługami indywidualnego personelu medycznego (z podziałem na wyższy i średni lub bez takiego podziału) lub wraz z kosztami świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki medycznej. Te koszty udało się wyodrębnić w ewidencji księgowej skontrolowanych szpitali: w Białej Podlaskiej, Szpitalu Uniwersyteckim nr 2 im. dr. Jana Biziela w Bydgoszczy (zwanym dalej: „szpitalem uniwersyteckim w Bydgoszczy”), Wojewódzkim Szpitalem Zespolonym w Elblągu (zwanym dalej: „szpitalem w Elblągu”) oraz w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Legnicy (zwanym dalej: „szpitalem w Legnicy”). Natomiast w skontrolowanych: 10 Wojskowym Szpitalu Klinicznym z Polikliniką Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Bydgoszczy (zwanym dalej: „szpitalem wojskowym w Bydgoszczy”), Wojewódzkim Szpitalem Zespolonym w Koninie (zwanym dalej: „szpitalem w Koninie”) i szpitalu w Lublinie nie było możliwości wyodrębnienia takich danych.

i pielęgniarki – 705 osób. Na koniec roku 2014 największy udział umów cywilnoprawnych w zatrudnieniu dotyczył: techników dentystycznych (100% udział umów cywilnoprawnych), lekarzy dentystów (80,6%); ratowników medycznych (58,0%), magistrów psychologii (47,1%), lekarzy (45,1%), psychoterapeutów (42,9%), techników elektroradiologii (38,6%) i logopedów (34,5%). W okresie od 31 grudnia 2012 r. do 31 grudnia 2014 r. największy wzrost liczby osób zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych nastąpił w grupach¹⁷: magistrów psychologii (o 255%), diagnostów laboratoryjnych (o 173,3%), ratowników medycznych (o 108,0%), fizjoterapeutów (o 78,8%), techników dentystycznych (o 71,4%). Wzrost liczby personelu lekarskiego udzielającego świadczeń zdrowotnych na podstawie umów cywilnoprawnych był nieznaczny, tj. o 0,8%. Natomiast w powyższym okresie znacząco (o 38,0%) wzrosła liczba pielęgniarek wykonujących umowy cywilnoprawne.

Wykres nr 4

Udział personelu medycznego udzielającego świadczeń zdrowotnych na podstawie umów cywilnoprawnych



Źródło: Opracowanie własne na podstawie ewidencji szpitali.

Dodatkowo świadczeń zdrowotnych na dzień 31 grudnia 2014 r. udzielało 440 osób na podstawie umów zawartych przez szpitale z innymi podmiotami leczniczymi¹⁸, w tym 276 lekarzy, 156 pielęgniarek i osiem osób innego personelu medycznego.

3.1.1. Przygotowanie do udzielenia zamówień na udzielanie świadczeń zdrowotnych

Podejmowanie decyzji o korzystaniu z usług zewnętrznych polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych

Przepis art. 44 ust. 3 pkt 1 ufp ustala zasady dokonywania wydatków przez jednostki sektora finansów publicznych, w tym SPZOZ, zobowiązujące m.in. do wykorzystywania środków w sposób efektywny i skuteczny. Wymaga to prowadzenia stałej ewaluacji możliwych metod wykonywania zadań publicznych. W praktyce oznacza natomiast m.in. konieczność podejmowania działań w celu racjonalizacji kosztów. Korzystanie z usług zewnętrznych może być częścią tego procesu, o ile prowadzi do jak największych oszczędności, przy porównywalnym efekcie lub do lepszego efektu przy porównywalnych nakładach. Jednostki sektora finansów publicznych, w tym szpitale publiczne, powinny zatem prowadzić analizy ekonomiczne w zakresie racjonalizacji kosztów swojej działalności.

¹⁷ Najwyższy wzrost odnotowano w grupie terapeutów zajęciowych z jednej osoby do dziewięciu osób (tj. o 800%), który nastąpił jednak wyłącznie w dwóch skontrolowanych szpitalach.

¹⁸ Tej grupy personelu nie można sumować z pozostałym wykazanym personelem, gdyż w części szpitali te same osoby udzielały świadczeń na podstawie umowy o pracę i jednocześnie na podstawie umowy z innymi podmiotami leczniczymi.

Studia takie podejmowane być powinny zarówno przed podjęciem po raz pierwszy decyzji o zleceniu usług na zewnątrz, jak również przed decyzją o kontynuacji realizacji zadań w ten sposób. Zgodnie ze wskazanymi wyżej zasadami dokonywania wydatków publicznych racjonalizacja kosztów powinna być procesem ciągłym.

Żaden z kontrolowanych szpitali nie poprzedził analizami ekonomicznymi zlecenia wszystkich objętych badaniem świadczeń zdrowotnych. Największą skalę działań w tym zakresie stwierdzono w szpitalu w Białej Podlaskiej, w którym trzy na cztery badane zakresy zleconych świadczeń, poprzedzono analizami uzasadniającymi korzystanie z usług zewnętrznych.

W dwóch przypadkach usługi objęte badanymi konkursami ofert zostały zlecone na zewnątrz po raz pierwszy. Dotyczyło to: zdalnego wykonywania opisów cyfrowych diagnostycznych badań obrazowych oraz realizacji obsługi Programu Profilaktyki Raka Piersi w etapie podstawowym i pogłębionym. Świadczenia zdrowotne będące przedmiotem 49 objętych badaniem konkursów ofert zlecane były już po raz kolejny. Przeprowadzanie analiz ekonomicznych stwierdzono wyłącznie przed udzieleniem zamówień na dziewięć zakresów świadczeń zleczanych po raz kolejny przez szpitale w: Białej Podlaskiej, Bydgoszczy (uniwersytecki), Poznaniu¹⁹ i Wałbrzychu²⁰. Osoby odpowiedzialne za gospodarkę finansową SPZOZ wyjaśniały, że zlecają udzielanie świadczeń wyspecjalizowanym podwykonawcom zewnętrznym m.in. w celu zapewnienia wysokiego poziomu leczenia lub ze względu na brak konieczności zakupu nowoczesnego, kosztownego sprzętu niezbędnego do udzielania świadczeń zdrowotnych. Wyjaśniający nie przekazali jednak żadnych pisemnych dowodów przeprowadzania analiz, a w wyjaśnieniach wskazywali na ogólne przesłanki do korzystania z usług zewnętrznych, niepoparte żadnymi szczegółowymi informacjami o zakresie analizowanych danych i wyniku tych analiz. Oznacza to, że wskazane wyżej szpitale rozpoczynając korzystanie z zewnętrznych usług medycznych nie realizowały rzetelnie wymogów określonych w art. 44 ust. 3 pkt. 1 lit. b ufp zobowiązujących do dokonywania optymalnego doboru metod i środków służących osiągnięciu założonych celów.

W 37 badanych konkursach ofert kontynuowanie zlecenia świadczeń zdrowotnych zewnętrznym usługodawcom dotyczyło usług personelu medycznego, z czego w ośmiu przypadkach procedury zamówień poprzedzono przeprowadzeniem analiz ekonomicznych. Ograniczały się one do szacowania liczby potrzebnego personelu dla zapewnienia niezbędnej obsady poszczególnych oddziałów w dwóch wariantach: zawierania umów o pracę i zawierania umów cywilnoprawnych.

*Przykładowo analiza dotycząca obsady pielęgniarskiej na oddziale neonatologicznym szpitala uniwersyteckiego w **Bydgoszczy** wskazywała, że zapewnienie niezbędnej obsady wymaga 24,82 etatu lub zawarcia umów cywilnoprawnych z dwudziestoma pielęgniarkami.*

Spośród 12 zakresów świadczeń dotyczących diagnostyki medycznej, których zlecenie na zewnątrz kontynuowano, stwierdzono zaledwie jeden przypadek, gdy to działanie poprzedzono analizą ekonomiczną.

Konkurs ofert na świadczenia zdrowotne z zakresu badań laboratoryjnych, przeprowadzony w szpitalu w Białej Podlaskiej, został poprzedzony analizą, która wykazała jakie badania należy zlecić podmiotowi zewnętrznemu, a jakie szpital powinien realizować we własnym zakresie. Działania powyższego szpitala można wskazać jako dobrą praktykę, gdyż zakresem rozważań objęto nie tylko możliwość wykonania badań we własnym zakresie, lecz także ich opłacalność przy oszacowanym wcześniej zapotrzebowaniu na poszczególne badania. W rezultacie dostosowano koszty zleczanych na zewnątrz świadczeń zdrowotnych do własnych potrzeb i potencjału.

¹⁹ Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu (zwany dalej: „szpitalem w Poznaniu”).

²⁰ Specjalistycznym Szpitalu im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu (zwanym dalej: „szpitalem w Wałbrzychu”).

Osoby odpowiedzialne za zlecenie przez szpitale usług na zewnątrz wyjaśniały, że kontynuowanie korzystania z usług zewnętrznych uzasadnia:

- w przypadku świadczeń zdrowotnych udzielanych przez personel medyczny: konieczność zatrudnienia mniejszej liczby osób dla obsady danej komórki organizacyjnej niż przy wykorzystaniu umów o pracę; brak personelu chętnego do zawarcia umów o pracę; elastyczność czasu udzielanych świadczeń zdrowotnych na podstawie umów cywilnoprawnych; oczekiwania pracowników, którzy chcieli zmienić formę zatrudnienia; zmniejszenie absencji; brak kosztów z tytułu odpraw i nagród; większa możliwość sprostania oczekiwaniom finansowym personelu medycznego, gdyż umowy cywilnoprawne mają niższe obciążenia fiskalne;
- w przypadku świadczeń zdrowotnych z zakresu diagnostyki medycznej: brak własnego wyposażenia i personelu o odpowiednich kwalifikacjach; zbyt mała liczba wykonywanych badań aby realizować je we własnym zakresie; większa efektywność lub jakość świadczeń wykonywanych przez wyspecjalizowane podmioty.

Kontrolerzy NIK przeprowadzili analizy kosztów różnych form zatrudnienia na porównywalnych grupach personelu medycznego. Wykazały one sześć przypadków, w których koszty jednej godziny udzielania świadczeń zdrowotnych na podstawie umów cywilnoprawnych były wyższe od odpowiednich kosztów umów o pracę²¹ i pięć przypadków, w których koszt jednej godziny udzielania świadczeń zdrowotnych na podstawie umów cywilnoprawnych był w tym zakresie niższy²². Wyniki tych badań nie wskazują jednoznacznie, która forma zatrudnienia jest powszechnie bardziej korzystna ekonomicznie dla szpitala. Występujące w tym zakresie różnice są niewielkie i nie w pełni mierzalne. Zatem zasadne jest stałe monitorowanie kosztów zatrudnienia i umów cywilnoprawnych w poszczególnych grupach zawodowych.

Podstawowa wskazywana przez wyjaśniających korzyść, jaką jest brak konieczności przestrzegania norm czasu pracy (w tym w szczególności wskazywany brak obowiązku zachowania 11 godzinnych norm odpoczynku dobowego po zakończonym dyżurze), niesie za sobą ryzyka związane z wykonywaniem przez personel zadań bez odpowiednich przerw, których w skontrolowanych szpitalach nie analizowano.

Zlecenie na zewnątrz świadczeń zdrowotnych obejmujących niektóre badania laboratoryjne było w skontrolowanych szpitalach powszechne. Dotyczyło to w szczególności badań genetycznych i innych badań wykonywanych metodami biologii molekularnej, czy badań histopatologicznych. Koszty roczne ponoszone na ww. badania przez poszczególne szpitale wynosiły w większości przypadków od kilku do dwustu tysięcy złotych, co wskazywało że zakup sprzętu do ich realizacji był nieopłacalny. Nie wyjaśnia to jednak, dlaczego (z jednym wyjątkiem) w szpitalach o największych kosztach udzielanych świadczeń zdrowotnych na ww. badania nie analizowano opłacalności utworzenia własnego laboratorium, które mogłoby wykonywać także badania na potrzeby innych szpitali.

²¹ Stwierdzono następujące różnice: o 4,5% w przypadku pielęgniarek na bloku operacyjnym w szpitalu wojskowym w Bydgoszczy; o 12,1% w przypadku pielęgniarek na oddziale chorób wewnętrznych w szpitalu w Toruniu; o 6,6% w przypadku techników elektroradiologii w szpitalu w Koninie; o od 7,0% do 15,5% w przypadku lekarzy na oddziale chirurgii ogólnej w szpitalu w Legnicy; o ok. 7-9% w przypadku lekarzy oddziału anestezjologii i intensywnej terapii w szpitalu w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcym im. dr. Stanisława Popowskiego w Olsztynie (zwanym dalej: „szpitalem w Olsztynie”); o 10,3% w przypadku lekarzy na oddziale kardiologii w szpitalu w Wałbrzychu.

²² Stwierdzono następujące różnice: o 2,6% w przypadku pielęgniarek w oddziale intensywnej terapii i o 7,1% w przypadku pielęgniarek w klinice chorób wewnętrznych w szpitalu wojskowym w Bydgoszczy; o 11,5% w przypadku lekarzy oddziału otolaryngologii dziecięcej w zakresie wynagrodzenia za dyżury w szpitalu w Lublinie; o 8,3% w przypadku lekarzy na oddziale chirurgii ogólnej i o 16,2% w przypadku lekarzy na oddziale neonatologii w szpitalu w Wałbrzychu.

*Przykład szpitala w **Poznaniu** obrazuje, że zlecenie świadczeń zdrowotnych podmiotom zewnętrznym może mieć charakter tymczasowy. Szpital podjął decyzję o wykorzystaniu usług zewnętrznych w zakresie badań histopatologicznych. Docelowo planuje jednak utworzenie własnego laboratorium przy wsparciu środków zewnętrznych. W okresie objętym kontrolą nie wykonywano analiz ekonomicznych udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie badań histopatologicznych. Szpital przeprowadził jednak kontrolę wewnętrzną wskazującą m.in. na potrzebę rozważenia utworzenia własnego laboratorium histopatologicznego świadczącego usługi także innym podmiotom.*

Osoby odpowiedzialne w części kontrolowanych szpitali wyjaśniały, że analizy ekonomiczne były przeprowadzane, ale nie zostały udokumentowane lub miały nieformalny charakter. W części przypadków podkreślano, że były one przeprowadzane w czasie okresowych zebrań kierownictwa poświęconych sytuacji ekonomicznej jednostki. Wskazywano, że analizy przeprowadzono przed okresem kontrolowanym w związku z rozpoczęciem korzystania z usług zewnętrznych, a potem kierownicy jednostek nie widzieli potrzeby ich kontynuowania. Wobec nieprzedłożenia jakichkolwiek dokumentów potwierdzających przeprowadzanie analiz ekonomicznych uzasadniających korzystanie z usług zewnętrznych oraz wobec niepodania w wyjaśnieniach szczegółów potwierdzających wykonywanie analiz, w kontrolach jednostkowych nie uznano tych wyjaśnień. W przypadku przeprowadzania analiz ekonomicznych, ich wyniki powinny posłużyć m.in. określeniu wartości przedmiotu zamówienia oraz kwoty jaką szpital zamierza przeznaczyć na realizację przedmiotu zamówienia. W trzech kontrolowanych szpitalach (wojskowym w Bydgoszczy, w Toruniu i Elblągu) nie przedłożono zarówno dokumentów potwierdzających przeprowadzanie w kontrolowanym okresie analiz ekonomicznych, jak i dokumentów potwierdzających ustalanie powyższych kwot.

Przygotowanie konkursów ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych

Przepisy art. 26 udl zwalniają z obowiązku stosowania pzp przy udzielaniu zamówień na udzielanie świadczeń zdrowotnych, jednak zobowiązują do udzielania zamówień w trybie konkursu ofert. Zwolnienie ze stosowania procedury konkursu ofert dotyczy wyłącznie zamówień o niewielkiej wartości, określonej w art. 26 ust. 4a²³ udl. Mimo, że określone w art. 26 ust. 4 udl wymogi przewidują mniej czynności formalnych od regulacji zawartych pzp, właściwa ich realizacja wymaga podjęcia szeregu działań przygotowawczych, w tym: szacowania przedmiotu zamówienia, opisanie przedmiotu zamówienia, sformułowania wymogów względem wykonawców i kryteriów porównania ofert, ogłoszenia konkursu ofert. [szczegóły: Załącznik 1, str. 68–74]

Szacowanie wartości przedmiotu zamówienia jest czynnością wymaganą art. 26a udl, która pozwala na rozróżnienie, dla których zamówień ma zastosowanie procedura konkursowa, a dla których nie jest ona wymagana. Prawidłowo ustalano tą wartość w dziewięciu z 14 badanych konkursów ofert na świadczenia zdrowotne z zakresu diagnostyki medycznej. Nieszacowanie przedmiotu zamówienia dotyczyło w szczególności zamawiania świadczeń udzielanych przez personel medyczny, gdzie nieprawidłowości stwierdzono w 33 na ogółem 37 badanych konkursów ofert²⁴. Osoby odpowiedzialne w jednostkach wyjaśniały, że skoro szacowanie ma służyć określeniu obowiązku przeprowadzenia konkursu ofert, a wszczęto tą procedurę, nie ma potrzeby dokonywania tej czynności. Izba nie podziela tego stanowiska,

²³ Przepis obowiązuje od dnia 30 czerwca 2012 r. kiedy to wartość progową ustalono na równowartość 14 tys. euro. Począwszy od 16 kwietnia 2014 r. próg obligujący do przeprowadzenia konkursu ofert wynosi równowartość w złotych kwoty 30 tys. euro.

²⁴ Prawidłowo szacowano każdą wartość badanego przedmiotu zamówienia jedynie w szpitalu w Poznaniu, nieprawidłowości występowały w pozostałych jednostkach, przy czym w szpitalach w Białej Podlaskiej, Lublinie, Olsztynie i Wałbrzychu ustalano tą kwotę w przypadku części badanych zamówień.

gdyż w celu dochowania przepisów w zakresie przeprowadzania konkursów ofert należy szacować wartości przedmiotu zamówienia w odniesieniu do każdego zamiaru zlecenia świadczeń zdrowotnych na zewnątrz.

Umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu diagnostyki medycznej bez przeprowadzania konkursu ofert, z naruszeniem art. 26 ust. 3 udl, zawarto w dwóch szpitalach: w Toruniu – cztery o łącznej wartości 1 628,5 tys. zł (w tym trzy z jednym podmiotem), w Olsztynie – dwie o łącznej wartości 1 241,3 tys. zł. Były to jednocześnie dwa z czterech podmiotów, w których nie zapewniono każdorazowego szacowania wartości przedmiotu zamówienia na te usługi. Zlecenie udzielania świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny bez przeprowadzenia wymaganych konkursów ofert stwierdzono w szpitalach: uniwersyteckim Bydgoszczy (jeden przypadek na kwotę 176,0 tys. zł), wojskowym w Bydgoszczy (siedem przypadków na łączną kwotę 2 319,0 tys. zł), w Olsztynie (dwa przypadki na łączną kwotę 203,6 tys. zł), w Legnicy (dwa przypadki na łączną kwotę 336,4 tys. zł) i Wałbrzychu (dwa przypadki, na łączną kwotę 167,2 tys. zł). W tych szpitalach także nie szacowano przedmiotu zamówienia w przypadku pozyskiwania świadczeń udzielanych przez personel medyczny.

Ponadto stwierdzono jeden przypadek zlecenia poza konkursem ofert, udzielania świadczeń zdrowotnych podmiotowi, który nie miał uprawnień do ich wykonywania.

*Szpital w **Lublinie** zlecił swojemu podmiotowi tworzącemu (tj. Uniwersytetowi Medycznemu w Lublinie) udzielanie świadczeń w zakresie badań histopatologicznych na kwotę 353,2 tys. zł, pomimo że ta jednostka nie jest podmiotem leczniczym. Naruszono tym art. 26 ust. 1 udl, określający krąg podmiotów i osób, które mogą przyjąć zamówienie. W rezultacie wykonawcą badań laboratoryjnych był podmiot, który znajdował się poza systemem nadzoru organów rejestrowych i Ministra Zdrowia nad jakością świadczeń udzielanych przez podmioty lecznicze.*

Pomimo braku jednoznacznie sprecyzowanego obowiązku powoływania komisji konkursowej w udl [szczegóły: Załącznik 1, str. 73], dyrektorzy szpitali powoływali je do przeprowadzenia każdego badanego konkursu ofert. Dobrą praktyką było składanie oświadczeń o braku powiązań z oferentami przez członków komisji konkursowych powoływanych w sześciu na 11 skontrolowanych szpitali, tj. w Bydgoszczy (wojskowym), Elblągu, Koninie, Legnicy, Olsztynie i Poznaniu.

Procedura konkursu ofert określona w art. 26 ust. 4 udl nie określa wprost obowiązku publikowania i miejsca ogłoszenia o konkursie ofert, a wskazuje jedynie pośrednio na elementy, które powinny zostać w nim zawarte [szczegóły: Załącznik 1, str. 73]. Mimo to skontrolowane szpitale w każdym przypadku zamieszczały ogłoszenia na swojej stronie internetowej, a niektóre również na tablicy ogłoszeń w siedzibie szpitala. Ponieważ ze względów praktycznych trudno zamieścić w ogłoszeniu całość niezbędnych informacji, wszystkie jednostki, poza szpitalami w Elblągu i Olsztynie²⁵, przygotowywały szczegółowe warunki konkursu ofert²⁶ określające m.in. opis przedmiotu zamówienia i warunki udziału w postępowaniu oraz wzór oferty. W większości przypadków dokumenty te zawierały informacje o zasadach sporządzania i sposobie oceny oferty. Załącznikiem do części z ww. dokumentów były wzory umów. Dokumenty te zatwierdzali dyrektorzy skontrolowanych szpitali.

Powyższe działania były zgodne z celem konkursu ofert, którym jest uzyskanie jak największej liczby ofert i wybór najkorzystniejszych z nich. Rzetelność wymaga zatem, aby informacja o konkursie ofert została jak najszerzej rozpowszechniona, a jego zasady były uczciwe i przejrzyste.

²⁵ W organizowanych przez te szpitale konkursach ofert na usługi personelu medycznego.

²⁶ Nazywane też „warunkami konkursu ofert” lub „materiałami dotyczącymi konkursu ofert”.

Mimo to żaden z kontrolowanych szpitali nie upowszechnił ogłoszenia o konkursie ofert poza swoją stroną internetową lub siedzibą. Kontrola wykazała ponadto szereg opisanych niżej przypadków, w których działania szpitali stały w sprzeczności z przepisami prawa i zasadami rzetelnego prowadzenia konkursu ofert.

Największą skalę nieprawidłowości stwierdzono w toku przygotowania konkursów ofert na świadczenia zdrowotne udzielane przez personel medyczny. Procedura konkursowa określona w art. 26 ust. 4 udl, poprzez odwołanie do wskazanych przepisów uosz przewiduje nabywanie konkretnych, dających się opisać świadczeń zdrowotnych. Celem nabywania świadczeń zdrowotnych udzielanych na podstawie umów cywilnoprawnych przez personel medyczny jest zastąpienie pracy personelu medycznego zatrudnionego na podstawie umowy o pracę. Dyrektorzy kontrolowanych szpitali wyjaśniali, że opisując przedmiot zamówienia na powyższe świadczenia możliwe było wskazanie jedynie określonego rodzaju wykonywanych usług, nie zaś zamkniętego katalogu świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu ofert. Pomimo istotnych trudności, część kontrolowanych szpitali w ogłoszeniach i pozostałej upublicznionej dokumentacji dokonywała opisu przedmiotu zamówienia starając się wypełnić wymagania określone w art. 140 uosz w zw. z art. 26 ust. 4 udl, podając min. nazwę zawodu wraz ze specjalnością medyczną, komórkę organizacyjną, w której mają być wykonywane świadczenia, najczęściej udzielane świadczenia zdrowotne. Jednak w 11 spośród 37 badanych konkursów ofert na te usługi (przeprowadzanych w szpitalach w Elblągu, Koninie, Olsztynie i Toruniu) opis przedmiotu nie pozwalał na ustalenie, jakie świadczenia zdrowotne mają być przez oferentów udzielane.

*Najbardziej jaskrawymi przykładami nieprawidłowego dokonywania ww. czynności były konkursy ofert organizowane przez szpitale w **Toruniu i Elblągu**. W szpitalu w Elblągu opis przedmiotu zamówienia w badanych przypadkach odnosił się jedynie ogólnie do pracy całonocnej w oddziałach i komórkach ratownictwa medycznego przez lekarzy, pielęgniarki, techników, a także dyżurów lekarzy w oddziałach, poradniach i pracowniach, komórkach ratownictwa medycznego i podstawowej opieki medycznej. W szpitalu w Toruniu przedmiot zamówienia opisano poprzez podanie jedynie nazw zawodów, np.: lekarz, lekarz dentysta, pielęgniarka, położna, technik medyczny (lub niesprecyzowane grupy zawodowe, np. wyższy, średni personel medyczny), których usługi są objęte konkursem ofert wraz z podaniem, że świadczenia będą realizowane we wszystkich komórkach organizacyjnych Szpitala. W konkursach organizowanych przez szpitale w: **Koninie i Olsztynie** opis przedmiotu zamówienia zawierał szereg elementów informacyjnych, jednak zakres upublicznionych danych o przedmiocie zamówienia był węższy od zakresu zadań określonych w umowach zawartych po zakończeniu konkursu.*

Zdaniem NIK stanowiło to naruszenie art. 140 ust. 1 uosz w zw. z art. 26 ust. 4 udl oraz zasady uczciwej konkurencji określonej w art. 140 ust. 2 pkt 1 uosz w zw. z art. 26 ust. 4 udl.

Prawidłowo natomiast opisano przedmiot zamówienia²⁷ w 13 z 14 badanych konkursów na świadczenia zdrowotne z zakresu diagnostyki medycznej, podając rzetelnie zakres zleczanych badań diagnostycznych wraz ze wszystkimi okolicznościami mającymi wpływ na złożenie oferty.

Należy przy tym podkreślić, że wskazana zasada uczciwej konkurencji nie dotyczy stawianych świadczeniodawcom warunków udziału w konkursach ofert oraz kryteriów oceny ofert. Zamawiający na podstawie art. 147 uosz w zw. z art. 26 ust. 4 udl jest zobowiązany do zapewnienia wyłącznie ich jawności i niezmienności. Naruszenia powyższych regulacji stwierdzono: w przypadku

²⁷ Jednym wyjątkiem od generalnie prawidłowo dokonywanych opisów zamówienia tych usług, który jednak nie miał istotnego znaczenia na poziom konkurencyjności, było niedokonywanie opisu przedmiotu zamówienia przy pomocy nazw i kodów zawartych we Wspólnym Słowniku Zamówień określonym w rozporządzeniu (WE) nr 2195/2002 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 listopada 2002 r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (CPV) (Dz. Urz. UE L z 2002 r., Nr 340 str. 1 i n., ze zm.), czym naruszono art. 141 ust. 4 uosz w zw. z art. 26 ust. 4 udl.

czterech konkursów ofert na usługi personelu medycznego organizowanych przez szpital w Elblągu oraz w przypadku trzech konkursów ofert na świadczenia z zakresu diagnostyki medycznej organizowanych przez szpitale w: Olsztynie i Wałbrzychu.

Przykładowo: w szpitalu w Elblągu nie ujawniono oferentom kryteriów oceny ofert. Dyrektor Naczelny ww. szpitala podała, że informację o kryteriach oceny ofert można było uzyskać od pracowników szpitala.

W ocenie NIK nie wypełnia to dyspozycji określonej w art. 147 uósz w zw. z art. 26 ust. 4 udl, ponieważ kryteria nieopublikowane nie gwarantują pełnej jawności i niezmienności w toku postępowania. Ponadto ww. szpital działał niezgodnie z ustalonym wewnątrznie trybem prowadzenia konkursu, zgodnie z którym opis kryteriów porównania ofert powinien zostać zamieszczony w ogłoszeniu o konkursie ofert.

W celu zapewnienia jak najwyższej jakości świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmioty zewnętrzne i personel medyczny realizujący umowy cywilnoprawne, w pierwszej kolejności należy zapewnić wybór wykonawcy mającego najlepszy potencjał do ich prawidłowego wykonania. Zasady dokonywania takiego wyboru określa art. 148 uósz w zw. z art. 26 ust. 4 udl, który w okresie kontrolowanym wskazywał na obowiązek stosowania następujących kryteriów porównania ofert:

- związanych z organizacją udzielania świadczeń zdrowotnych, tj. ciągłości, kompleksowości i dostępności;
- związanych z jakością udzielanych świadczeń zdrowotnych, tj. kwalifikacjami personelu i wyposażeniem w sprzęt i aparaturę medyczną, jakością udzielanych świadczeń²⁸,
- parametrów cenowych, tj. ceny, liczby oferowanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz kalkulacji kosztów.

Katalog ustawy nie jest zamknięty, zatem istnieje możliwość stosowania także innych kryteriów porównania ofert.

Przepis art. 149 ust. 1 pkt 3 uósz w zw. z art. 26 ust. 4 udl nakazuje odrzucenie oferty, która nie zawiera informacji m.in. o liczbie świadczeń zdrowotnych. Ponadto ta liczba, zgodnie z art. 148 pkt 2 uósz w zw. z art. 26 ust. 4 udl, powinna mieć wpływ na ocenę i wybór oferty. Jednak z charakteru usług personelu medycznego, który podczas swojej obecności w szpitalu wykonuje wszystkie niezbędne zadania, wynika trudność z określeniem przez oferentów liczby oferowanych świadczeń zdrowotnych. Biorąc pod uwagę, że przedmiotem konkursów ofert było w tych przypadkach wykonywanie otwartego katalogu świadczeń zdrowotnych określonych tylko co do ich rodzaju – faktycznie niemożliwe jest podanie przez oferentów ich liczby. Dlatego kontrolowane szpitale nie żądały, a nawet nie przewidywały wskazywania przez oferentów takich informacji, przedstawiając zgodne stanowisko, że jest to niewykonalne. Jedynie szpital w Wałbrzychu zamiast liczby świadczeń, żądał podawania liczby godzin wykonywania świadczeń zdrowotnych. Jakkolwiek wchodzące z dniem 1 lipca 2016 r.²⁹ zmiany w art. 148 uósz znoszą obowiązek porównywania ofert według kryterium liczby świadczeń, to uregulowania ustawowe nadal wymagają (na podstawie art. 149 uósz ust. 1 pkt 3 w zw. z art. 26 ust. 4 udl) podawania przez oferentów tej liczby. Jakkolwiek w konkursach ofert na świadczenia z zakresu diagnostyki medycznej nie dokonywano oceny ofert według kryterium liczby świadczeń, to formularze ofertowe określały potrzebną szpitalowi liczbę świadczeń zdrowotnych, co zapewniło podawanie przez oferentów tej liczby.

²⁸ Kryteria jakościowe mogą być oceniane na podstawie wewnętrznej oraz zewnętrznej oceny, która może być potwierdzona certyfikatem jakości lub akredytacją.

²⁹ Jest to następstwem zmian wprowadzonych ustawą z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2014 r. poz. 1138, ze zm.).

Pomimo określenia w art. 148 uósz w zw. z art. 26 ust. 4 udl wyraźnych wymagań w zakresie ustalania różnego rodzaju kryteriów porównania ofert: w ośmiu z 14 zbadanych konkursów ofert na świadczenia zdrowotne z zakresu diagnostyki medycznej jedynym kryterium wyboru ofert była cena. W badanej grupie kryteria odnoszące się organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych stosowano w pięciu konkursach, kryterium jakości oraz kwalifikacje personelu – także w pięciu konkursach, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną w dwóch konkursach, a w jednym inne kryterium ustalone jako odległość od laboratorium.

W przypadku 37 zbadanych konkursów ofert, których przedmiotem było udzielanie świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny, jedynie w szpitalach w Bydgoszczy (uniwersyteckim i wojskowym), Koninie i Wałbrzychu prawidłowo określono kryteria porównania ofert: w zakresie organizacji udzielania świadczeń – w 10 konkursach; w zakresie kwalifikacji personelu oraz jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych – w 12 konkursach³⁰. Jakkolwiek jakościowe i organizacyjne kryteria porównania ofert określono odpowiednio w 16 i 22 konkursach ofert, to powtarzalnym problemem była ich nierzetelność.

*Przykładowo w szpitalach w: **Olsztynie i Toruniu** kryteria ocen ofert stosowano w sposób uznaniowy. Nie wskazano bowiem żadnych wytycznych dotyczących tego, jak komisja będzie porównywać oferty składane przez personel medyczny w ramach poszczególnych kryteriów oraz nie ustalono wag poszczególnych kryteriów w ogólnej ocenie oferty.*

Skutek, jaki powinien zostać osiągnięty przez właściwie ustalone kryteria porównania ofert, kontrolowane szpitale zamierzały osiągnąć przez określenie warunków udziału w postępowaniu, które wykraczały poza wymagania minimalne określone w przepisach prawa. Warunki te odnosiły się do takich samych obszarów jak kryteria porównania ofert, tj. organizacji świadczeń oraz jakości ich udzielania. Najczęściej stosowane wymogi odnosiły się do: stażu pracy i doświadczenia personelu lub liczby referencji (stosowane w dziewięciu z 14 badanych konkursów na świadczenia zdrowotne z zakresu diagnostyki medycznej oraz 11 z 37 konkursów na świadczenia zdrowotne udzielane przez personel medyczny), innych wymagań odnośnie do personelu oferenta (odpowiednio w czterech i 21 konkursach), dysponowania określonymi certyfikatami (stosowane w pięciu konkursach ofert na świadczenia z zakresu diagnostyki medycznej) oraz dysponowania określonym sprzętem (stosowane w dwóch konkursach ofert na świadczenia z zakresu diagnostyki medycznej).

Najwyższa Izba Kontroli wskazuje, że ustalenie warunków udziału w postępowaniu, a następnie dokonywanie oferty wyboru wyłącznie według jednego kryterium – ceny, narusza art. 148 uósz w zw. z art. 26 ust. 4 udl. Określenie warunków udziału w postępowaniu na poziomie wyższym od ustalonych w przepisach prawa pozwala na wybór wśród oferentów o większym potencjale w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych. W przeciwieństwie jednak do określenia kryteriów porównania ofert – wyklucza to część oferentów mających uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych w danym zakresie, a przez to ogranicza konkurencyjność konkursu ofert. Przykładowo:

- w szpitalu uniwersyteckim w **Bydgoszczy** w dwóch konkursach ofert na świadczenia zdrowotne udzielane przez pielęgniarki, stawiano oferentom wymagania nieuzasadnione potrzebami oddziału, a odpowiednie do stażu posiadanego przez grupę pielęgniarek udzielających dotychczas w tym szpitalu świadczeń zdrowotnych;
- w konkursie ofert na świadczenia zdrowotne udzielane w ww. szpitalu przez lekarzy anestezjologów, lekarz kierujący oddziałem (i jednocześnie pracownik podmiotu leczniczego udzielającego dotychczas świadczeń na rzecz szpitala w tym zakresie) ustalił warunki udziału w postępowaniu dopuszczające złożenie ofert wyłącznie przez podmioty lecznicze, co wykluczało z postępowania osoby prowadzące indywidualne praktyki lekarskie.

³⁰ Biorąc pod uwagę charakter udzielania tych świadczeń przez personel medyczny, kryterium wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną nie miało tu zastosowania.

Uwzględniając jednak obie formy pozyskiwania wykonawców o wyższym od minimalnego potencjale w zakresie udzielania świadczeń (tj. ustalenie kryteriów porównania ofert lub ponadstandardowych wymagań) kontrolowane szpitale zamawiając świadczenia zdrowotne z zakresu diagnostyki medycznej kierowały się:

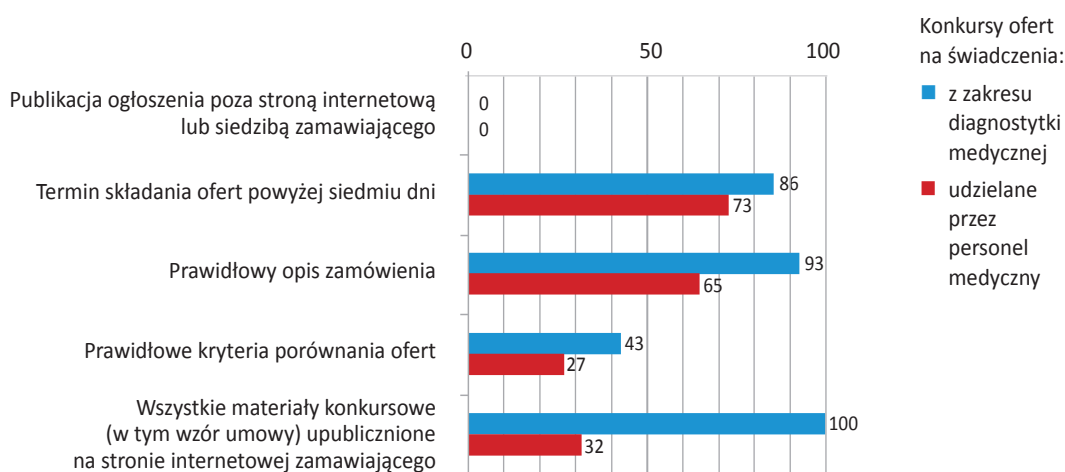
- ciągłością, kompleksowością, dostępnością udzielanych świadczeń – w 12 na 14 badanych konkursów ofert;
- jakością udzielanych świadczeń zdrowotnych – w 10 konkursach ofert;
- kwalifikacjami personelu medycznego oferenta – w pięciu konkursach ofert;
- wyposażeniem w sprzęt i aparaturę – w trzech konkursach ofert.

W każdym z badanych konkursów ofert na świadczenia zdrowotne udzielane przez personel medyczny ustalano podstawowe wymogi w zakresie organizacji świadczeń zdrowotnych m.in. poprzez zobowiązanie oferenta do udzielania świadczeń zgodnie z ustalonymi przez szpital harmonogramami. Natomiast w odniesieniu do kwalifikacji udzielającego świadczeń zdrowotnych personelu rzetelnie określono kryteria porównania ofert lub ponadstandardowe wymagania stawiane oferentom w przypadku 25 z 37 badanych konkursów ofert.

Pomimo, że szpitale nie upowszechniały ogłoszeń o konkursach ofert na świadczenia z zakresu diagnostyki medycznej poza swoimi stronami internetowymi i siedzibami, w 11 z 14 badanych konkursów wpłynęła więcej niż jedna oferta (średnio 2,5 oferty). W przypadku konkursów ofert na świadczenia zdrowotne udzielane przez personel medyczny, w których dokonywano ogłoszenia w ten sam sposób, aż w 10 przypadkach (na 37) wpłynęła wyłącznie jedna oferta na dany zakres świadczeń³¹. O ograniczonej konkurencyjności świadczy, że w 26 konkursach na badane zakresy świadczeń nie wpłynęła żadna oferta nowego wykonawcy, tj. niezwiązanego wcześniej ze szpitalem przeprowadzającym konkurs. W ośmiu konkursach ofert ponad 75% objętych badaniem ofert złożono na dokładnie takie same stawki wynagrodzenia za badany zakres świadczeń zdrowotnych w danym szpitalu.

Wykres nr 5

Stopień wykorzystania rozwiązań sprzyjających konkurencyjności w badanych konkursach ofert (%)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie dokumentacji badanych konkursów ofert.

³¹ W tych konkursach przewidywano możliwość składania wielu ofert na jeden zakres świadczeń, zatem nie można uzyskać w pełni porównywalnych danych.

Kierownicy jednostek wyjaśniali, że niska konkurencja w konkursach ofert na świadczenia zdrowotne udzielane przez personel medyczny wynikała z niedoboru kadry medycznej na rynku. Z wyjaśnień tych można wywieść, że nie widzą oni problemu w stwarzaniu utrudnień w składaniu ofert w konkursach na świadczenia zdrowotne udzielane przez personel medyczny poprzez dokonywanie nieprecyzyjnego opisu przedmiotu zamówienia oraz inne ograniczenia informacji przekazywanych oferentom. Wskazywano m.in., że nieopublikowane informacje i dokumenty oferenci mogli uzyskać od pracowników szpitala. Szczególną uwagę zwracają wyjaśnienia, w których wskazywano, że: [1] nie ma potrzeby zwiększania przejrzystości konkursów ofert, ponieważ oferentami były osoby dotychczas związane ze szpitalem i znające jego specyfikę; [2] kontrolowany szpital działał w celu utrzymania dobrze funkcjonującego i wykwalifikowanego zespołu.

Stanowi to odpowiedź na pytanie, dlaczego pomimo wskazywanego przez kierownictwo szpitali braku personelu medycznego na rynku, szpitale prowadzą konkursy ofert w sposób nieprzejrzysty, który nie ułatwia, a czasem wręcz utrudnia składanie ofert osobom, które nie współpracowały dotychczas z SPZOZ ogłaszającym konkurs. Ograniczona podaż usług personelu medycznego powoduje bowiem, że szpitale starają się w pierwszej kolejności zachować dotychczasowych wykonawców, a ograniczenie konkurencji w konkursach ofert zapewnia wykonawcom pewność kontynuacji współpracy. Procedura określona w art. 26 udl staje się zatem tylko formalnością służącą przedłużeniu dotychczasowych umów, zawieranych z wykonawcami traktowanymi przez szpitale w sposób zbliżony do własnych pracowników.

3.1.2. Prowadzenie konkursów ofert i zawieranie umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych

Prowadzenie konkursów ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych

Biorąc pod uwagę uregulowania zawarte w art. 148–154 uośz w zw. z art. 26 ust. 4 udl, komisje konkursowe mają do wykonania następujące czynności: weryfikację ofert w zakresie spełnienia przez wykonawców stawianych wymagań, wzywanie oferentów do uzupełnienia braków formalnych, odrzucenie ofert (jeśli ta czynność była wymagana), dokonywanie ocen ofert i ich porównania, wybór oferty (ofert) najkorzystniejszej, rozpatrywanie złożonych protestów, oraz dokonanie ogłoszeń o rozstrzygnięciu postępowania. Kierownik SPZOZ unieważnia postępowanie w przypadkach gdy jest to wymagane przepisami prawa, przekazuje do publikacji wymagane ogłoszenie o rozstrzygnięciu postępowania, rozpatruje ewentualne odwołania od wyniku postępowania.

Kontrola wykazała nieprawidłowości w toku prowadzenia konkursów ofert głównie w postępowaniach na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny.

Nieprawidłowościami o największym znaczeniu dla wyniku postępowania były przypadki przyjmowania ofert, które powinny zostać odrzucone. W pięciu badanych konkursach ofert na świadczenia zdrowotne udzielane przez personel medyczny nie odrzucono ofert podmiotów leczniczych, pomimo występującej niezgodności przedmiotu zamówienia zarówno z rodzajem działalności leczniczej, jak i z zakresem świadczeń realizowanych przez przyjmującego zamówienie [szczegóły: str. 48]. Naruszono tym art. 26 ust. 2 udl, który stanowi, że przedmiot zamówienia nie może wykraczać poza rodzaj działalności leczniczej lub zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez przyjmującego zamówienie, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Przepis art. 26 ust. 2 udl budzi jednak poważne wątpliwości interpretacyjne [szczegóły: Załącznik 1, str. 70]. W uzyskanej przez Izbę opinii Ministra Zdrowia

wskazano, że wymieniony przepis wyraża ogólną zasadę udzielania przez podmioty lecznicze świadczeń zdrowotnych we własnym przedsiębiorstwie. Przyjęcie tej interpretacji oznaczałoby, że przepisy naruszyło sześć szpitali udzielając 10 zamówień podmiotom leczniczym, których personel udziela świadczeń zdrowotnych w szpitalu, tj. poza przedsiębiorstwem przyjmującego zamówienie. W ocenie NIK powyższa interpretacja jest niezgodna z językową wykładnią art. 26 ust. 2 udl i narzuca na podmioty lecznicze wymogi nieadekwatne do udzielanych świadczeń zdrowotnych. Dlatego za nieprawidłowe uznano pięć badanych konkursów ofert rozstrzygniętych przez szpitale w Białej Podlaskiej, Elblągu oraz Lublinie. Szpitale te ogółem wydatkowały 26 792,4 tys. zł na świadczenia zdrowotne realizowane przez podmioty, których zapisy w księgach rejestrowych nie odpowiadały zarówno rodzajowi działalności, jak i zakresowi świadczeń będących przedmiotem konkursu ofert [szczegóły: pkt 3.1.4., str. 48–52].

Ponadto stwierdzono przyjęcie sześciu ofert, które podlegały odrzuceniu na podstawie art. 149 ust. 1 uosz w zw. z art. 26 ust. 4 udl. I tak:

- w szpitalu w **Koninie** przyjęto ofertę lekarza, który nie posiadał wymaganej warunkami konkursu ofert specjalizacji lekarskiej;
- w jednym z konkursów ofert przeprowadzonych w szpitalu w **Toruniu** przyjęto pięć ofert złożonych w sposób niezgodny z ustalonymi warunkami.

W kolejnych konkursach ofert stwierdzono naruszenie art. 149 ust. 3 uosz w zw. z art. 26 ust. 4 udl, tj. przyjęcie ofert, w stosunku do których komisja powinna wezwać oferentów do ich uzupełnienia lub wyjaśnienia. I tak:

- w szpitalu w **Olsztynie** w jednym z badanych konkursów przyjęto oferty pomimo niezalążenia do nich kopii właściwych polis obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej;
- w szpitalu w **Lublinie** w dwóch konkursach ofert zamiast kopii dokumentów wymaganych warunkami konkursu przyjęto od oferentów oświadczenia.

Osoby odpowiedzialne wskazywały, że ich priorytetem było pozyskanie usług personelu medycznego, niezależnie od błędów i braków stwierdzonych w złożonych ofertach.

W toku prowadzenia konkursów ofert na świadczenia zdrowotne z zakresu diagnostyki medycznej stwierdzono jedną istotną nieprawidłowość związaną z weryfikacją ofert.

*W szpitalu w **Koninie** błędnie przygotowano dokumentację konkursową, w której dopuszczono do składania ofert na część zleczanych usług diagnostycznych. Tymczasem pomiędzy poszczególnymi badaniami występowały zależności wykluczające udzielenie zamówienia dwóm wykonawcom. Po otwarciu oferty złożonej na część zleczanych badań diagnostycznych, dokonano jej odrzucenia bezzasadnie powołując się na niespełnienie przez oferenta wymagań ustalonych w konkursie ofert.*

Kolejną nieprawidłowością stwierdzoną w 13 z 37 badanych konkursów ofert na świadczenia zdrowotne udzielane przez personel medyczny było dokonywanie zmian warunków oferowanych (tj. zakresu świadczeń lub ceny) już po otwarciu ofert, co stanowiło naruszenie przepisów regulujących konkurs ofert określonych w art. 26 ust. 3 i 4 udl lub zasad gospodarki finansowej określonych w art. 44 ust. 3 pkt 1 ufp. W sześciu badanych konkursach zmiany warunków udzielania świadczeń zdrowotnych w stosunku do oferty były następstwem negocjacji lub rokowań przewidzianych przez szpitale w dokumentacji konkursu ofert. W kolejnych siedmiu konkursach takich zmian dokonywano nawet pomimo, że nie były one przewidziane w dokumentacji konkursu ofert. W konkursach ofert na świadczenia zdrowotne z zakresu diagnostyki medycznej nie dokonywano zmian treści ofert po ich otwarciu. Modyfikowanie treści ofert na etapie konkursu lub zawieranie umowy na warunkach innych niż ustalone w konkursach ofert, prowadziły do trzech zasadniczych skutków:

- w szpitalach w: **Elblągu, Olsztynie i Wałbrzychu** stwierdzono pojedyncze przypadki zawierania umów, w których stawki były wyższe od zaoferowanych, a w szpitalu w **Toruniu** stałą praktyką było określanie w umowach dodatkowych składników wynagrodzenia ponad stawki ofertowe³².
Powyższe działania w ocenie NIK były niegospodarne i naruszały zasady dokonywania wydatków publicznych określone w art. 44 ust. 3 pkt. 1 ufp.
- w szpitalach w: **Bydgoszczy (wojskowym), Olsztynie, Toruniu i Wałbrzychu** zawierano umowy na stawki niższe od określonych przez oferentów w ofertach.
Takie działania, jakkolwiek korzystne dla szpitali finansowo, naruszały uregulowania zawarte w art. 150 ust. 1 pkt 4 uśoz w zw. z art. 26 ust. 4 udl, który nakazuje w tych przypadkach unieważnić konkurs ofert z uwagi na fakt, iż kwota najkorzystniejszej oferty przekracza kwotę, którą szpital zamierza przeznaczyć na realizację przedmiotu umowy³³.
- w szpitalach w: **Olsztynie, Koninie i Toruniu** stwierdzano przypadki, gdy w umowie określano szerszy zakres realizowanych świadczeń zdrowotnych niż to wynikało z ofert lub dokonanego przez szpital opisu przedmiotu zamówienia.
Powoduje to, że dodane w umowie dodatkowe świadczenia zdrowotne nie były przedmiotem konkursu ofert, co narusza art. 26 ust. 3 w zw. z ust. 1 udl.

Kierownicy jednostek kontrolowanych wyjaśnili, że modyfikacji warunków oferowanych dokonywano zazwyczaj ze względu na naciski ze strony personelu medycznego. Obniżanie stawek miało zapobiec presji na wzrost wynagrodzenia, zwiększanie stawek – zapewnić udzielanie świadczeń zdrowotnych przez kluczowy personel, a przyznawanie dodatkowych składników wynagrodzenia – stanowić element motywacyjny. Ustalenia kontroli potwierdzają stały nacisk na wzrost wynagrodzeń, szczególnie w przypadku lekarzy niektórych specjalności.

Przykładowo:

- w szpitalu w **Lublinie** w 2014 r. trzykrotnie ogłaszano konkursy ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów w dziedzinie kardiologii dziecięcej. W pierwszym, wszczętym w lutym 2014 r., pomimo złożenia ważnej oferty, oferent odmówił podpisania umowy. W drugim postępowaniu, ten sam oferent złożył ofertę z wyższą stawką wynagrodzenia niż w poprzednim konkursie ofert i w tym wypadku konkurs został rozstrzygnięty, a umowa została podpisana w kwietniu 2014 r. W trzecim postępowaniu ofertę złożył inny oferent, który jednak wykazał w swoim potencjale tę samą kadrę, co poprzedni wykonawca, przy czym wynagrodzenie ofertowe było jeszcze wyższe niż w umowie z kwietnia 2014 r. W tym postępowaniu szpital także przyjął ofertę i zawarł we wrześniu 2014 r. umowę z nowym wykonawcą;
- w szpitalu w **Koninie** dokonano w 2013 r. wyboru w trybie konkursowym personelu medycznego na jednym z oddziałów. Po upływie trzech miesięcy świadczenia usług wykonawcy złożyli wypowiedzenia domagając się zwiększenia wynagrodzeń. Ponieważ zaistniała sytuacja zagrażała właściwemu funkcjonowaniu oddziału i mogła skutkować brakiem ciągłości udzielania świadczeń oraz utratą możliwości realizacji kontraktu z NFZ, w szpitalu podjęto decyzję o ponownym ogłoszeniu konkursu ofert, akceptując wyższe stawki;
- skutki braku porozumienia w zakresie warunków udzielania świadczeń zdrowotnych między kierownictwem szpitala a personelem medycznym można zaobserwować na przykładzie zdarzeń, które nastąpiły w I połowie 2015 r. w szpitalu w **Toruniu**³⁴. Wobec braku porozumienia odnośnie warunków umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych szpital otrzymał w konkursie ofert jedną ofertę lekarza specjalisty neurologa. Podjęto zatem rozmowy z lekarzami i niezwłocznie ogłoszono następny konkurs, na który jednak nie wpłynęła żadna oferta. Nie mogąc zapewnić wymaganej przepisami całodobowej obsady przynajmniej jednego specjalisty w dziedzinie neurologii na dwóch oddziałach, przeprowadzono ewakuację pacjentów z tych oddziałów oraz powiadomiono

³² Było to m.in. wynagrodzenie za tytuł naukowy i wynagrodzenie w systemie zadaniowym.

³³ Należy także zauważyć, że spośród 11 skontrolowanych szpitali, wyłączenie w pięciu była możliwość unieważnienia konkursu na powyższej podstawie, ponieważ określano maksymalne kwoty lub przynajmniej maksymalne stawki za wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny.

³⁴ Opisane zdarzenia wystąpiły po zakończeniu kontroli, ich przebieg ustalono na podstawie wyników kontroli Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Bydgoszczy (znak: NFZ WSOZK.7320.2.2.2015).

m.in. Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ o czasowym braku możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Wynikiem tej sytuacji była utrata przychodów z kontraktu z NFZ i nałożenie na szpital dwóch kar w wysokości łącznie 2% wartości umów na szpitalne świadczenia neurologiczne³⁵.

Powyższy przykład wskazuje, że kierownictwo szpitali publicznych działa pod presją konieczności zabezpieczenia niezbędnej obsady personelu medycznego. Świadomość możliwości odmowy przedłużenia umów cywilnoprawnych przez większą grupę osób oraz możliwych skutków, podobnych do wyżej opisanych, ma niewątpliwie wpływ na powstanie opisanych wcześniej nieprawidłowości polegających na dopuszczeniu w toku konkursów ofert do zmian oferowanych warunków.

Niedobór personelu medycznego oraz potrzeba pozyskania usług zewnętrznych przyczyniały się także do niestosowania w szpitalach art. 150 ust. 1 pkt 2 uósz w zw. z art. 26 ust. 4 udl zobowiązującego do unieważnienia konkursu, w którym wpłynęła wyłącznie jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu. Z art. 150 ust. 2 uósz w zw. z art. 26 ust. 4 udl wynika, że komisja może przyjąć taką ofertę jedynie, gdy z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert nie wpłynie więcej ofert. Pomimo, że w dziesięciu konkursach prowadzonych przez szpitale w Bydgoszczy (uniwersytecki i wojskowy), Legnicy i Lublinie wpłynęło po jednej ważnej ofercie na dany zakres świadczeń zdrowotnych udzielanych przez personel medyczny, w toku konkursu nie wskazano na okoliczności świadczące o braku konieczności unieważnienia konkursu ofert.

Na ograniczoną przejrzystość konkursów ofert oraz brak zachowania uczciwej konkurencji wskazują także nieprawidłowości związane z niezapewnieniem oferentom możliwości złożenia odwołania określonego w art. 154 ust. 1 i 2 uósz w zw. z art. 26 ust. 4 udl. Potencjalne utrudnienia w skorzystaniu z tego prawa stwierdzono w czterech szpitalach (wojskowym w Bydgoszczy, w Elblągu, Koninie i Olsztynie), a polegały one na: nieudokumentowaniu czynności ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursów ofert, podczas gdy od daty tej czynności liczy się termin wnoszenia odwołań; nieuwzględnieniu w ogłoszeniu informacji o miejscu i terminie ogłoszenia o rozstrzygnięciu, co utrudniało oferentom śledzenie wyników konkursu i terminowe wnoszenie ewentualnych odwołań; zawieraniu umów przed terminem przewidzianym na składanie odwołań³⁶.

Zwiększeniu przejrzystości konkursów ofert oraz zachowaniu uczciwej konkurencji nie sprzyja także zawężenie ochrony prawnej oferentów wyłącznie do czynności określonych w art. 153 ust. 1 uósz i art. 154 ust. 1 uósz w zw. z art. 26 ust. 4 udl, tj. protestów do komisji konkursowych oraz odwołań do kierownika podmiotu leczniczego. Oznacza to brak procedury odwoławczej, w której zastrzeżenia rozpatrywałaby niezależna instytucja zewnętrzna.

³⁵ Kary nałożono w związku z nieudzielaniem świadczeń i nieprzekazaniem odpowiedniej informacji o przerwie w udzielaniu świadczeń, co uzasadniono m.in.: [1] wykazywaniem przez szpital wobec NFZ dysponowania w 2015 r. wymaganej kadry neurologów, pomimo że w okresie luty-marzec nie podpisano umów z niezbędną liczbą lekarzy tej specjalności; [2] braku podjęcia rozmów z lekarzami jeszcze przed terminem składania ofert w pierwszym ogłoszonym konkursie ofert; [3] wobec przekazania do NFZ informacji o przerwie w udzielaniu świadczeń w nieodpowiednim trybie i w nieodpowiednim terminie, tj. po drugim nierozstrzygniętym konkursie ofert, a nie już po pierwszym.

³⁶ W 11 przeprowadzanych kontrolach nie stwierdzono wpływu powyższych nieprawidłowości na samo prowadzenie procedury odwoławczej. Potencjalne skutki tych nieprawidłowości można przedstawić na podstawie wyników kontroli „Gospodarki finansowej Publicznego Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Inowrocławiu” (S/13/005). Jednostka objęta tą kontrolą nie określiła w ogłoszeniu o konkursie ofert miejsca i terminu ogłoszenia o jego rozstrzygnięciu, czym naruszono art. 151 ust. 2 uósz w zw. z art. 26 ust. 4 udl. Nie udokumentowano także faktu dokonania ogłoszenia rozstrzygnięcia konkursu ofert. Uniemożliwiało to prawidłowe wyliczenie czasu na składanie odwołań. Zatem gdy w dzień po podpisaniu umowy z wykonawcą do powyższego szpitala wpłynęło odwołanie, nie było już możliwości jego prawidłowego i rzetelnego rozpatrzenia.

*Stwierdzono jeden przypadek, gdy oferent oprotestował, jego zdaniem ograniczające konkurencję warunki udziału w postępowaniu, ustalone w szpitalu wojskowym w **Bydgoszczy**³⁷. Nie uznając rozstrzygnięcia, oferent złożył skargę do podmiotu tworzącego ww. szpital. Składane w ten sposób skargi nie mają jednak żadnego wpływu na przebieg konkursu ofert.*

Stwierdzono, że szpitale w Białej Podlaskiej, Bydgoszczy (uniwersytecki), Elblągu, Legnicy, Lublinie, Olsztynie i Toruniu nie przekazały ogłoszenia o rozstrzygnięciu ogółem dziesięciu badanych konkursów ofert Urzędowi Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich, pomimo że ustalone koszty tych umów przekraczały kwotę 130 tys. euro, czym naruszono art. 151 ust. 6 uoż w zw. z art. 26 ust. 4 udl.

Zawieranie i zmiany umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych

Szczegółowe wymogi odnośnie treści i sposobu realizacji umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawiera art. 27 udl. Zawarte tam uregulowania określają zakres i formę umowy, termin jej obowiązywania, istotne postanowienia jakie powinny zostać w niej zawarte oraz zasady jej rozwiązania.

W kontrolowanych szpitalach zachowano wymogi odnośnie czasu obowiązywania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych. Czynności kontrolne nie wykazały zawierania umów na czas nieokreślony lub krótszy niż trzy miesiące. Umowy zawierano w formie pisemnej i w taki też sposób dokonywano ich zmian. W żadnym przypadku nie stwierdzono aby warunki umów przeczyły określonej w art. 27 ust. 7 udl zasadzie solidarnej odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Jest to zapis istotny z punktu widzenia praw pacjenta, który pozwala na swobodny wybór, strony umowy (czy też obu), do której można się zwrócić z roszczeniami z tytułu powstałych szkód.

*Nawet w umowach zawieranych przez szpital w **Koninie**, których postanowienia przewidywały podjęcie przez strony wszelkich działań prawnych w celu uniknięcia wypłaty odszkodowania, wskazano na solidarną odpowiedzialność stron za szkody wyrządzone przy realizacji umowy.*

Stwierdzono istotne nieprawidłowości polegające na pomijaniu w umowach niżej opisanych postanowień zapewniających odpowiednią jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Po pierwsze art. 27 ust. 4 pkt 2 i 3 udl wymagają określenia w umowie minimalnej liczby personelu udzielającego świadczeń oraz istotnych warunków organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych. Tymczasem takie postanowienia zawierały umowy zawarte po odpowiednio pięciu i 11 spośród zbadanych 14 konkursów na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu diagnostyki medycznej. Wymagane postanowienia o minimalnej liczbie personelu medycznego uwzględniono w zapisach umów zawartych w wyniku przeprowadzenia siedmiu na 11 zbadanych konkursów ofert, których przedmiotem było udzielanie świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny, a wykonawcami były podmioty lecznicze³⁸.

Drugim wymogiem ustawowym jest określony w art. 27 ust. 4 pkt 4 udl obowiązek zawarcia w umowie o udzielanie świadczeń zdrowotnych postanowień przyznających zlecającemu

³⁷ W obecnym stanie prawnym nie ma żadnych wymagań prawnych dotyczących zapewniania uczciwej konkurencji przy ustalaniu warunków udziału w postępowaniu.

³⁸ W przypadku badanych umów zawieranych z osobami prowadzącymi indywidualne praktyki zawodowe, z samego ich charakteru wynikało, że świadczeń udziela wykonawca. Umowy na świadczenia zdrowotne udzielane przez personel medyczny, niezależnie czy zawierane z osobami prowadzącymi indywidualne praktyki zawodowe, czy też z podmiotami leczniczymi, określały sposób organizacji udzielania świadczeń najczęściej poprzez wskazanie, że świadczenia zdrowotne będą udzielane na terenie szpitala, według harmonogramów opracowanych w szpitalu, zgodnie z przepisami wewnętrznymi szpitala.

uprawnienia do przeprowadzania kontroli w podmiocie wykonującym na jego zlecenie świadczeń zdrowotnych. Tego postanowienia, kluczowego z punktu widzenia nadzoru nad jakością udzielanych świadczeń zdrowotnych, nie określono w umowach zawartych w wyniku przeprowadzenia czterech z 51 zbadanych konkursów ofert organizowanych przez szpitale w Bydgoszczy (wojskowy), Poznaniu i Wałbrzychu.

Przepisy zawarte w art. 27 ust. 4 pkt 8 i art. 27 ust. 8 udl, jako trzeci obowiązkowy element mający wpływ na jakość świadczeń, wskazują na dwie metody rozwiązania umów: skutek oświadczenia jednej ze stron, z zachowaniem okresu wypowiedzenia oraz bez zachowania okresu wypowiedzenia, w przypadku gdy druga strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy. Tymczasem treść umów zawartych po 11 zbadanych konkursach utrudniała zastosowanie powyższych trybów. Stwierdzone nieprawidłowości polegały na: nieokreśleniu w umowach terminu wypowiedzenia, niewskazaniu okoliczności stanowiących podstawę do dokonania wypowiedzenia albo określeniu okresu wypowiedzenia w przypadku rażącego naruszenia postanowień umowy. Stanowiło to zagrożenie dla prawidłowego udzielania świadczeń zdrowotnych, gdyż mogło skutkować nagłym rozwiązaniem umowy przez podwykonawcę lub niemożnością rozwiązania umowy z podmiotem, który np. utracił uprawnienia do wykonywania świadczeń będących przedmiotem umowy.

Działający rzetelnie zamawiający, w celu zapewnienia wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych, powinien zabezpieczyć w umowie ich realizację na warunkach nie gorszych niż oferowane. Tymczasem nawet wśród przypadków gdy na etapie konkursu ofert oceniano lub weryfikowano potencjał wykonawcy w zakresie kadry i wyposażenia w sprzęt, w umowie często nie zapewniano utrzymania warunków oferowanych, które były oceniane czy wymagane w konkursie ofert. Ogółem po rozstrzygnięciu 14 badanych konkursów ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki medycznej, tylko w trzech umowach zapewniono utrzymanie warunków w zakresie kadry, a w żadnym w zakresie wyposażenia w sprzęt i aparaturę. Poza jednostkowymi przypadkami warunki umów przewidywały wyłącznie, że wykonawcy powinni udzielać świadczeń zgodnie z wymogami określonymi w przepisach prawa. Oznaczało to przyzwolenie szpitali na niższą jakość udzielanych usług niż ta, którą oferowali usługodawcy. Podkreślenia wymaga także, że w dwóch przypadkach umowy z wykonawcami świadczeń zdrowotnych z zakresu diagnostyki medycznej nie określały nawet terminu w jakim mają być wykonywane badania.

*Przykładem braku powiązania warunków umów z ofertą są konkursy ofert na świadczenia zdrowotne z zakresu diagnostyki medycznej przeprowadzone w szpitalu w **Toruniu**. Szpital ten prawidłowo określił niemal wszystkie wymagane kryteria porównania ofert (z wyjątkiem liczby świadczeń), każdemu z kryteriów nadał wagę procentową, a w dokumentacji konkursu ofert wskazał sposób w jakim oferta będzie oceniana pod względem poszczególnych kryteriów. Od oferentów żądano m.in. przekazania zestawień określających potencjał kadrowy i sprzętowy, które podlegały ocenie. Wszystkie te działania pozwalały na wybranie oferty posiadającej odpowiedni dla szpitala bilans jakości i ceny. W umowie z wybranymi wykonawcami zawarto jednak zapisy o wykonywaniu świadczeń wyłącznie na warunkach określonych w przepisach prawa. Nie przewidziano obowiązku ich udzielania, z wykorzystaniem wyposażenia i personelu na takim poziomie, jak w przedłożonej ofercie.*

Przepisy udl nie wskazują na obowiązek ustalenia w umowach kar za niedochowanie ich warunków, nie przewidują także obowiązku żądania zabezpieczenia należytego wykonania umowy. Rzetelność działań zobowiązuje jednak do uregulowania w umowach o udzielanie świadczeń zdrowotnych tych kwestii. Rozwiązanie umowy wskutek rażącego naruszenia jej postanowień, będące instrumentem ustawowym, może nie znaleźć zastosowania w bieżącym nadzorze nad podwykonawcami świadczeń zdrowotnych. Szpital zawiera bowiem umowy z podmiotami zewnętrznymi w celu realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z NFZ.

Rozwiązanie umowy z podwykonawcą oznacza zatem niemożność wykonania warunków kontraktu z NFZ i może skutkować nałożeniem kary³⁹. Wśród umów zawartych po badanych 51 konkursach ofert, postanowienia o nałożeniu kar umownych zawarto po przeprowadzeniu 39 konkursów ofert (w tym jedenastu na 14 dotyczących diagnostyki medycznej).

Związane z karami umownymi wniesienie zabezpieczenia należytego wykonania umów przewidziano w dwóch przypadkach – konkursach ofert na diagnostykę medyczną organizowanych przez szpital w Lublinie. Stosowanie tego instrumentu, w przypadku znaczących wartościowo umów o udzielanie świadczenia zdrowotnego – należy uznać za dobrą praktykę.

Nawet w przypadku, gdy szpital określał w umowie możliwość nakładania kar umownych, istotne jest odpowiednie ustalenie warunków ich stosowania, w tym m.in. ich wymiaru i przesłanek do nałożenia. Ich nieadekwatność może bowiem skutkować niechęcią do ich zastosowania lub brakiem represyjnego charakteru.

*Przykładowo szpital w **Wałbrzychu** przewidział nałożenie na wykonawcę⁴⁰ kary umownej wyłącznie w przypadku rozwiązania umowy przez wykonawcę lub z winy wykonawcy. Szpital **wojskowy w Bydgoszczy** przewidział nakładanie kar na wykonawcę umowy o wartości 14 047,7 tys. zł w kwocie 5 zł za jedno wadliwe badanie⁴¹.*

Kontrola prowadzona w pięciu jednostkach wykazała również przypadki niegospodarnych zmian warunków umów zawartych po przeprowadzeniu konkursów ofert. I tak w szpitalach:

- w **Białej Podlaskiej** zmian dokonywano nawet w miesiąc od podpisania umowy, zwiększając stawki za udzielane świadczeń zdrowotnych: w trzech umowach z personelem medycznym o od 20 do 67%, a w umowie z podmiotem leczniczym – trzy stawki o od 13 do 40%;
- w **Olsztynie** 20 członkom personelu przyznano jednorazowo dodatkowe wynagrodzenia oraz zwiększono stawki wynagrodzeń w dwóch umowach o od 20% do 100%;
- w **Lublinie** zmniejszono liczbę godzin udzielania świadczeń personelu udostępnionego przez podmiot leczniczy z zachowaniem dotychczasowego wynagrodzenia;
- w **Koninie i Toruniu** zwiększono stawkę wynagrodzenia lekarza po uzyskaniu tytułu specjalisty.

Z wyjaśnień dyrektorów kontrolowanych jednostek wynika, że zmiany umów z usługodawcami następowały w wyniku zmian okoliczności udzielania świadczeń zdrowotnych (np. rozpoczęcia dyżurowania w godzinach nocnych, zmiany wymogów NFZ), chęci wynagrodzenia szczególnego zaangażowania członków personelu medycznego, podniesienia kwalifikacji przez wykonawcę umowy, czy nawet utraty zatrudnienia przez lekarza w innym podmiocie.

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli, pomimo iż dotyczący zmian umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych art. 27 ust. 5 udl jest nieprecyzyjny [szczegóły: Załącznik 1, str. 74], opisane wyżej działania należy uznać za niegospodarne i naruszające zasady określone w art. 44 ust. 3 pkt 1 ufp.

*Szczególny przykład dokonywania zmian postanowień umów, której celem było unikanie procedury konkursu ofert stwierdzono w szpitalu w **Koninie**. Zawierano w nim umowy bez przeprowadzenia konkursu ofert, a następnie je wielokrotnie przedłużano. W okresie kontroli NIK obowiązywały 24 takie umowy (poniesione na ich podstawie wydatki wyniosły 2 721,3 tys. zł). Pomimo, że w części z nich wskazano, że będą obowiązywały „do czasu zorganizowania konkursu ofert” właściwej procedury nie wszczynano przez okres od 1,5 roku do nawet 9 lat. Dyrektor szpitala wyjaśnił, że umowy zawierano i przedłużano w ten sposób, ze względu na brak personelu oraz znaczne oczekiwania finansowe personelu, który mógłby przystąpić do konkursu ofert.*

³⁹ Inną przyczynę miało opisane wcześniej nałożenie kary na szpital w Toruniu, jednak pokazuje to wyraźnie skutek braku umów z podwykonawcami w zakresie niezbędnych świadczeń zdrowotnych.

⁴⁰ Wykonawcą umowy na realizację obsługi Programu Profilaktyki Raka Piersi w etapie podstawowym i pogłębionym.

⁴¹ Umowa dotyczyła świadczeń zdrowotnych z zakresu diagnostyki laboratoryjnej, a wartość poszczególnych badań określonych umową wynosiła od 1,80 zł do 765 zł.

Umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych a umowy o pracę

Zastępując pracę usługami zewnętrznymi kontrolowane szpitale kształtowały stosunki prawne tak, aby zapewnić zapisy zbliżone do umów o pracę, w szczególności w zakresie sposobu organizacji wykonywania świadczeń zdrowotnych. W umowach wskazywano na obowiązek: [1] wykonywania zadań wskazanych lub uzgadnianych z wyznaczoną przez szpital osobą⁴², [2] przestrzegania przepisów wewnętrznych szpitala dotyczących m.in. zasad organizacji pracy⁴³, [3] wykonywania zadań zgodnie z harmonogramem opracowanym w szpitalu⁴⁴, [4] uczestniczenia w komisjach i zespołach odpowiedzialnych za organizację pracy szpitala⁴⁵, [5] prowadzenia szkoleń związanych ze stażami specjalizacyjnymi⁴⁶. Umowy z lekarzami przewidywały także sprawowanie nadzoru nad średnim personelem medycznym kontrolowanych szpitali.

Należy podkreślić, że analogicznie jak w wypadku pracowników zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, personelowi medycznemu udzielającemu świadczeń na podstawie umów cywilnoprawnych szpitale zapewniały w każdym przypadku dostęp do pomieszczeń, urządzeń i sprzętu, wsparcie pozostałego personelu medycznego szpitala, utylizację odpadów, możliwość udzielania świadczeń zdrowotnych z wykorzystaniem leków i wyrobów medycznych szpitala, transportu medycznego. W niektórych przypadkach wykonawcom umów cywilnoprawnych udostępniano nieodpłatnie m.in. ubiory robocze (wraz z ich praniem)⁴⁷, a także na koszt szpitala wykonywano badania potwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania zawodu⁴⁸. W czterech skontrolowanych szpitalach stwierdzono przyznawanie personelowi medycznemu realizującemu umowy cywilnoprawne płatnych lub bezpłatnych przerw w udzielaniu świadczeń⁴⁹. Jakkolwiek powyższe zapisy wskazują na ustalenie w zapisach umów cywilnoprawnych rozwiązań odpowiadających umowom o pracę, nie przesądzają one o niezgodności formy umowy z charakterem pracy.

Przekazane NIK wyniki 15 kontroli Państwowej Inspekcji Pracy wykazały nieprawidłowości dotyczące zawierania umów w niewłaściwej formie. Wykazały one, że w czterech szpitalach zawierano umowy cywilnoprawne ze wszystkimi cechami umów o pracę lub zastępowano umowy o pracę umowami cywilnoprawnymi. W siedmiu jednostkach stwierdzono wykonywanie zadań tego samego rodzaju na podstawie jednocześnie obowiązujących umów o pracę i cywilnoprawnych, co stanowi obejście art. 22 kp.⁵⁰ Wskazane przypadki dotyczyły głównie średniego personelu medycznego⁵¹, a także niższego personelu medycznego.

⁴² W szpitalach w: Białej Podlaskiej, Bydgoszczy (wojskowym), Elblągu, Koninie, Olsztynie, Poznaniu, Toruniu, Wałbrzychu.

⁴³ W szpitalach w: Bydgoszczy (wojskowym i uniwersyteckim), Koninie, Legnicy, Lublinie, Olsztynie, Poznaniu, Wałbrzychu.

⁴⁴ W szpitalach w: Białej Podlaskiej, Bydgoszczy (wojskowym i uniwersyteckim), Elblągu, Legnicy, Lublinie, Koninie, Olsztynie, Wałbrzychu.

⁴⁵ W szpitalach w: Elblągu, Koninie, Legnicy.

⁴⁶ W szpitalach w: Elblągu, Koninie, Legnicy, Toruniu.

⁴⁷ W szpitalach w: Poznaniu, Lublinie, Toruniu (tylko w zakresie prania odzieży roboczej).

⁴⁸ W szpitalu w Poznaniu.

⁴⁹ W szpitalach w: Olsztynie (przerwa bezpłatna i płatna w celach szkoleniowych), Poznaniu (przerwa bezpłatna dla lekarzy i pielęgniarek, a u lekarzy, w usprawiedliwionych przypadkach także płatna), Toruniu (przerwa bezpłatna, a w celach szkoleniowych i specjalizacyjnych – płatna), Bydgoszczy (uniwersyteckim – przerwa bezpłatna).

⁵⁰ Wskazano to np. w uzasadnieniach uchwały Sądu Najwyższego z dnia 12 kwietnia 1994 r., sygn. akt I PZP 13/94 oraz wyroku Sądu Najwyższego z dnia 13 marca 1997 r., sygn. akt I PKN 43/97.

⁵¹ Ustalenia dotyczyły: pielęgniarek, położnych, techników elektroradiologii, techników laboratoryjnych.

W kontrolach prowadzonych przez NIK stwierdzono, że tylko szpital w Koninie powierzał wykonywanie zbieżnego zakresu zadań przez osoby zatrudnione na stanowiskach ordynatora i kierownika oddziału i jednocześnie udzielające świadczeń zdrowotnych na podstawie umów cywilnoprawnych. Stwierdzono także inne przypadki pomijania stosowania przepisów prawa pracy. Osoby wykonujące zawody medyczne udzielały świadczeń zdrowotnych w trzech skontrolowanych szpitalach (w Białej Podlaskiej, oraz w szpitalach uniwersyteckim i wojskowym w Bydgoszczy) na podstawie umowy o pracę oraz na podstawie umowy zawartej przez szpital z innym podmiotem leczniczym, który zatrudniał ten sam personel. W ten sposób personel medyczny wykonywał długotrwałe zadania w szpitalu, a obchodzono przepisy dotyczące czasu pracy określone w dziale III udl, w szczególności w art. 97 udl, ustalającym m.in. prawo pracownika do 11 godzinnej przerwy dobowej bezpośrednio po zakończonym dyżurze. Natomiast gdy personel medyczny podmiotu zewnętrznego udzielający w szpitalu świadczeń zdrowotnych nie był w nim zatrudniony⁵², to nie szpital, lecz ten podmiot odpowiadał za zapewnienie przestrzegania norm czasu pracy. Przyczyny pozyskiwania usług personelu od zewnętrznych podmiotów leczniczych opisano w pkt 3.1.4., str. 48.

Wykorzystanie przez usługodawców majątku szpitali

Skontrolowane szpitale prawidłowo udostępniały swój majątek podmiotom leczniczym realizującym świadczenia zdrowotne w zakresie diagnostyki medycznej. W każdym przypadku, gdy podmiot zewnętrzny udzielał świadczeń z wykorzystaniem majątku szpitala, zawierano odpowiednią umowę najmu lub dzierżawy oraz zachowano procedurę wynikającą z art. 54 ust. 2 udl, zapewniającą nadzór nad tymi czynnościami przez podmiot tworzący SPZOZ. Natomiast szpitale w Lublinie i Toruniu nie dokonywały określonej w umowach waloryzacji czynszów dzierżawnych, co skutkowało zaniżeniem przychodów o kwoty odpowiednio 16,2 tys. zł i 2,8 tys. zł. Kwoty te zostały w toku kontroli naliczone i pobrane.

Za wyjątkiem szpitala w Elblągu⁵³, pozostałe szpitale przewidywały w umowach o udzielanie świadczeń zdrowotnych nieodpłatne udostępnianie usługodawcom składników swojego majątku, w tym: pomieszczeń, urządzeń i sprzętu w celu realizacji świadczeń będących przedmiotem tych umów. Nie zawierano przy tym z wykonawcami odrębnych pisemnych umów użyczenia, podczas gdy forma udostępnienia składników majątku szpitala podmiotom zewnętrznym w każdym wypadku nosiła cechy takiej umowy. Oprócz szpitala w Elblągu, w żadnym z pozostałych sześciu szpitali zawierających umowy z podmiotami leczniczymi na usługi personelu medycznego nie postępowano zgodnie z art. 54 ust. 2 i 3 udl. W szczególności nie występowało do podmiotów tworzących o zgodę na użyczenie składników majątku.

Wypełnienie obowiązku zgłaszania podwykonawców

Zgodnie z art. 133 uoż, szpital udzielający świadczeń zdrowotnych objętych kontraktem z NFZ, może korzystać z podwykonawców wyłącznie, jeśli zostało to przewidziane w umowie z Funduszem. Kontrakty z NFZ zawarte przez skontrolowane szpitale dopuszczały możliwość wykonywania usług przez podwykonawców, o ile zostaną oni wykazani w stosownym załączniku do kontraktu. Również zmiany w zakresie podwykonawstwa wymagały zgłoszenia i aneksowania kontraktu. W toku kontroli

⁵² Dotyczyło to personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych w szpitalach w Legnicy, Koninie, Lublinie, a także (poza personelem jednocześnie zatrudnionym w szpitalu) osób udzielających świadczeń zdrowotnych w szpitalach w: Białej Podlaskiej, Bydgoszczy (uniwersyteckim i wojskowym).

⁵³ Szpital w Elblągu odpłatnie wynajmował pomieszczenia i sprzęt niektórym usługodawcom, działał jednak w tym zakresie niejednolicie, nie zawarł bowiem umów najmu z jednym podmiotem leczniczym i dwoma lekarzami, co doprowadziło do niegospodarności na kwotę 3,1 tys. zł.

w wyjaśnieniach zgłaszano wątpliwości odnośnie definicji podwykonawcy zawartej w ogólnych warunkach kontraktów z NFZ⁵⁴. Przedstawiano interpretację, że dopuszcza ona swobodne korzystanie z usług podmiotów, które samodzielnie nie organizują powierzonych im czynności, tj. podmiotów leczniczych udzielających na podstawie harmonogramów opracowywanych przez szpitale świadczeń zdrowotnych personelu medycznego [szczegóły: pkt 3.1.4, str. 51]. Spośród 11 umów zawartych z takimi podmiotami, zaledwie w jednym przypadku podmiot zewnętrzny został uwzględniony w stosownym załączniku do kontraktu z NFZ. Najwyższa Izba Kontroli wskazuje, że biorąc pod uwagę cel wprowadzenia regulacji określonej w art. 133 uósz, z przepisów należy wywieść obowiązek zgłaszania jako podwykonawcy każdego podmiotu wykonującego część zawartej z NFZ umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej [szczegóły: Załącznik 1, str. 68]. Wątpliwości nie powinien budzić obowiązek działania przez szpitale z udziałem podwykonawców realizujących świadczenia zdrowotne z zakresu diagnostyki medycznej, jednak spośród 14 wykonawców wyłonionych w toku badanych konkursów ofert, jedynie dziewięciu zostało zgłoszonych jako podwykonawcy i wykazanych w stosownym załączniku do kontraktu z NFZ.

Zgłoszenie podwykonawcy nie jest wyłącznie czynnością formalną, pozwala bowiem na właściwe podejmowanie działań przez NFZ, który jest, zgodnie z art. 97 ust. 3 pkt. 2 uósz, podmiotem odpowiedzialnym m.in. za monitorowanie i rozliczanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Nieuznanie tych podmiotów jako podwykonawców, uniemożliwia m.in. przeprowadzanie w nich kontroli NFZ, a przez to utrudnia nadzór nad jakością udzielanych świadczeń zdrowotnych⁵⁵.

3.1.3. Nadzór nad prawidłową realizacją zleconych świadczeń zdrowotnych

Nadzór szpitali nad udzielaniem świadczeń zdrowotnych z zakresu diagnostyki medycznej

Za weryfikację zgodności wykonywanej działalności leczniczej z przepisami określającymi warunki do jej wykonywania, zgodnie z art. 111 ust. 1 udl, odpowiadają organy prowadzące rejestr, którymi dla kontrolowanych szpitali i dla podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych na ich rzecz – byli wojewodowie właściwi dla ich siedzib. Przepis art. 118 ust. 1 udl daje także uprawnienia kontrolne wobec podmiotów leczniczych ministrowi właściwemu ds. zdrowia. Ponadto na podstawie art. 64 uósz podmioty zobowiązane do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, w tym NFZ, mają przyznane uprawnienia do przeprowadzania kontroli m.in. w zakresie: organizacji i sposobu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ich dostępności oraz zgodności ich udzielania z wymaganiami określonymi w umowie.

W okresie od 1 lipca 2012 r. do 31 grudnia 2014 r., korzystając z ww. uprawnień, właściwi wojewodowie przeprowadzili po jednej kontroli w dwóch szpitalach objętych kontrolą NIK, Minister Zdrowia w jednym, a NFZ w sześciu. Żadna z tych kontroli nie dotyczyła podwykonawców w zakresie diagnostyki medycznej. Na nieprawidłowości w funkcjonowaniu takich podwykonawców nie wskazywały także poddane badaniom kontrolnym NIK skargi, pozwy i wyroki.

⁵⁴ Określonych w §1 pkt 8 ogólnych warunków kontraktów z NFZ obowiązujących do 31 grudnia 2015 r., a następnie w §1 pkt. 8 ogólnych warunków kontraktów z NFZ obowiązujących od 1 stycznia 2016 r.

⁵⁵ Określane przez prezesa NFZ warunki umów dla poszczególnych rodzajów świadczeń stanowią, że umowy z podwykonawcami powinny zawierać zastrzeżenie o prawie Oddziału Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy w zakresie wynikającym z umowy, a podwykonawcy są zobowiązani do spełnienia warunków dla udzielania odpowiednich świadczeń; dla umów w zakresie leczenia szpitalnego przepisy te zawarto w § 10 ust. 2 i 3 Zarządzenia Nr 89/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.

Bieżący nadzór nad zewnętrznymi usługami diagnostycznymi skontrolowane szpitale powierzały kierownikom własnych laboratoriów, gdy dysponowały takimi jednostkami w swojej strukturze, a w pozostałych przypadkach osobom zatrudnionym na innych stanowiskach.

Żaden ze skontrolowanych szpitali nie przeprowadził w podmiocie zewnętrznym kontroli, do której na podstawie art. 27 ust. 4 pkt 4 udl powinien zapewnić sobie prawo w umowie. Przeprowadzane w szpitalach kontrole zewnętrzne oraz zadania audytowe zasadniczo nie dotyczyły organizacji korzystania z usług zewnętrznych, a skupiały się na rozliczeniach finansowych, organizacji działania poszczególnych komórek organizacyjnych, a także prawidłowości sporządzania dokumentacji medycznej. Jedynym wyjątkiem był szpital w Poznaniu, w którym przeprowadzona została kontrola wewnętrzna sposobu korzystania z usług zewnętrznych w zakresie diagnostyki medycznej, w tym badań histopatologicznych.

Na jakość nadzoru nad podmiotami zewnętrznymi miało wpływ także wdrożenie w części skontrolowanych szpitali procedur kontroli jakości, przykładowo szpital:

- w **Toruniu** wdrożył system nadzoru nad bezpieczeństwem pacjenta, w ramach którego analizowano przypadki odmów hospitalizacji, powtórnych nieplanowanych hospitalizacji i zdarzeń niepożądanych;
- w **Bydgoszczy (wojskowy)** wdrożył szereg procedur zapewniania jakości, obejmujący m.in. analizę zabiegów, które doprowadziły do powikłań lub nie przyniosły oczekiwanych rezultatów. Prowadzenie podobnych analiz stwierdzono także w szpitalach w: **Białej Podlaskiej, Olsztynie i Wałbrzychu**.

Weryfikacja nadzoru sprawowanego przez skontrolowane szpitale nad udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki medycznej była utrudniona ze względu na wskazanie w dziewięciu z 14 badanych umów wyłącznie obowiązku udzielania świadczeń zgodnie z minimalnymi wymaganiami określonymi przez NFZ i w przepisach prawa. Diagnostyki laboratoryjnej dotyczyło 12 z 14 badanych umów, a unormowania dotyczące tej działalności leczniczej⁵⁶ nie określają konkretnej listy wyposażenia laboratorium diagnostycznego. W odniesieniu do personelu medycznego wskazują na wymagane kwalifikacje dla osób zajmujących określone stanowiska, lecz nie wskazują jaka liczba osób jest niezbędna do prawidłowego i terminowego wykonania zadań. Określają wyłącznie obowiązek zatrudnienia kierownika laboratorium o odpowiednich kwalifikacjach. Bardziej szczegółowe wymogi odnośnie personelu i wyposażenia wynikają z przepisów regulujących działalność w zakresie diagnostyki obrazowej⁵⁷, będącej przedmiotem trzech z 14 badanych umów na udzielanie świadczeń z zakresu diagnostyki medycznej. Weryfikację nadzoru nad jakością udzielonych świadczeń zdrowotnych utrudniało również nieustalenie terminów wykonania badań w dwóch objętych kontrolą umowach.

W związku z powyższym, poza pięcioma przypadkami, w których szpitale określiły w umowach wymagania w zakresie personelu medycznego wykonującego zadania w laboratorium wykonawcy, badanie ograniczyło się zasadniczo do zweryfikowania, czy udzielająca świadczeń zdrowotnych komórka organizacyjna wykonawcy spełniała określone przepisami prawa wymagania dla udzielania świadczeń z zakresu diagnostyki medycznej będących przedmiotem umowy ze szpitalem.

⁵⁶ W szczególności określone w: rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2006 r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych (Dz. U z 2006 r., Nr 61, poz. 435, ze zm.); rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 3 marca 2004 r. w sprawie wymagań, jakim powinno odpowiadać medyczne laboratorium diagnostyczne (Dz. U. z 2004 r. Nr 43, poz. 408, ze zm.).

⁵⁷ Określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2008 r. w sprawie minimalnych wymagań dla jednostek ochrony zdrowia udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej oraz diagnostyki i terapii radioizotopowej chorób nienowotworowych (Dz. U. z 2008 r. Nr 59, poz. 365, ze zm.).

Izba stwierdziła, że nadzór kontrolowanych szpitali był niewystarczający dla zapewnienia prawidłowego, zgodnego z przepisami i umowami, udzielania świadczeń zdrowotnych przez pięciu wykonawców świadczeń zdrowotnych z zakresu diagnostyki medycznej działających na rzecz sześciu kontrolowanych szpitali.

Wojewodowie, na zlecenie NIK, przeprowadzili kontrole określone w art. 111 ust. 1 w zw. z art. 106 ust. 1 pkt 1 udl w ośmiu podmiotach leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu diagnostyki medycznej na rzecz ośmiu kontrolowanych szpitali⁵⁸. Cztery z ww. kontroli wykazały istotne nieprawidłowości w działaniach podmiotów zewnętrznych, i tak:

- kontrola Wojewody Małopolskiego wykazała, że laboratorium w którym zgodnie z umową winny być wykonywane badania z zakresu diagnostyki laboratoryjnej, w tym metodami biologii molekularnej, na rzecz szpitala w **Białej Podlaskiej**, zostało zlikwidowane a wykonawca faktycznie wykonuje badania w innych laboratoriach. Podmiot zewnętrzny nie powiadomił szpitala o tym fakcie. Naruszało to postanowienia umowy między SPZOZ a wykonawcą, a ponadto uniemożliwiało weryfikację, czy badania wykonuje wskazana w umowie liczba osób;
- kontrola Wojewody Małopolskiego wykazała, że podmiot wykonujący na rzecz szpitala w **Wałbrzychu** opisy cyfrowych wyników diagnostycznych badań obrazowych, w części przypadków zleca samodzielne wykonanie tych czynności lekarzom z I stopniem specjalizacji w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej, podczas gdy przepisy wymagają autoryzacji opisu tych badań przez lekarza z II stopniem specjalizacji. Jeden z lekarzy dysponujących I stopniem specjalizacji w ww. dziedzinie został wykazany przez wykonawcę w toku konkursu ofert, jako dysponujący II stopniem specjalizacji. Szpital nie zweryfikował określonych w ofercie kwalifikacji tego lekarza ani na etapie konkursu ofert ani w toku realizacji umowy⁵⁹;
- przeprowadzona przez Wojewodę Wielkopolskiego kontrola dwóch wykonawców: [1] badań diagnostycznych, w tym wykonywanych metodami biologii molekularnej na rzecz trzech szpitali: w **Koninie, Legnicy i Poznaniu**, [2] badań diagnostycznych (histopatologicznych) na rzecz kontrolowanego szpitala w **Poznaniu**, wykazały m.in., że obie jednostki prowadziły dokumentację medyczną (rejestr pacjentów, księgę badań) niezgodnie z obowiązującymi przepisami. Ponadto jednostka działająca na rzecz trzech szpitali nie przeprowadzała wymaganych okresowych badań technicznych części sprzętu diagnostycznego. Szpital w Poznaniu nie przewidział w umowach prawa do przeprowadzania kontroli wykonawców, co uniemożliwiało mu weryfikację prawidłowości udzielania świadczeń. Pozostałe kontrolowane szpitale korzystające z ww. usług diagnostycznych, pomimo przyznania sobie praw do kontroli u wykonawcy, nie podjęły żadnych działań w tym zakresie.

Kontrole zlecone przez NIK wojewodom: opolskiemu i mazowieckiemu w czterech pozostałych podmiotach udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu diagnostyki medycznej nie wykazały nieprawidłowości. Ponadto jakkolwiek opisane wyżej nieprawidłowości mogą mieć wpływ na prawidłowość udzielanych świadczeń zdrowotnych, to w żadnym przypadku kontrole wojewodów nie wykazały nieprawidłowości wskazujących na niezdolność podmiotu leczniczego do wykonania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy ze szpitalem.

Poza ustaleniami wynikającymi z kontroli zleconych wojewodom, w toku kontroli NIK stwierdzano kolejne okoliczności wskazujące na niedostateczny nadzór nad udzielanymi przez podmioty lecznicze świadczeniami z zakresu diagnostyki medycznej, dotyczące zasadniczo terminowości wykonania poszczególnych czynności, i tak w szpitalach:

- w **Poznaniu** spośród zweryfikowanych 26 badań histopatologicznych wykonywanych przez podmiot zewnętrzny, w czterech przypadkach wyniki przekazano z opóźnieniem w stosunku do terminów ustalonych w umowie;
- w **Białej Podlaskiej** opóźnienia realizacji badań z zakresu diagnostyki laboratoryjnej wykonywanej metodami biologii molekularnej w stosunku do wymogów określonych w umowie dotyczyły dwóch przypadków (na 25 poddanych badaniu);
- w **Olsztynie** weryfikacja terminów wykonania 33 badań genetycznych wykazała, że w 25 z nich nie dochowano terminów wynikających z umowy.

⁵⁸ Jeden wskazany podmiot był podwykonawcą trzech kontrolowanych szpitali, a kolejny – podwykonawcą dwóch szpitali.

⁵⁹ Pomimo nieokreślenia przez szpital w Wałbrzychu prawa do przeprowadzania kontroli u wykonawcy, taka weryfikacja była możliwa na podstawie przedstawianej przez wykonawcę dokumentacji badań oraz na podstawie powszechnie dostępnych rejestrów.

Osoby odpowiedzialne za nadzór nad wykonaniem zadań przez podwykonawców w szpitalach w Białej Podlaskiej i Olsztynie wskazały, że w każdym przypadku zezwalały na przełożenie terminów wykonanych badań kierując się wskazaniem medycznymi. Należy jednak wskazać na możliwe inne przyczyny np. szpital w Olsztynie określił nieprecyzyjnie wymogi w zakresie czasu realizacji badań, a badania na rzecz szpitala w Białej Podlaskiej wykonywano w innych laboratoriach niż wskazane w umowie.

Nie stwierdzono nieprawidłowości przy weryfikacji przez pracowników szpitali faktur wystawionych przez podmioty realizujące świadczenia zdrowotne z zakresu diagnostyki medycznej. W skontrolowanych szpitalach wykorzystujących usługi zewnętrzne zapewniono, aby płatności w każdym przypadku były dokonywane za faktycznie wykonane badania diagnostyczne, w stawkach wynikających z zawartych umów. Nieterminowe, naruszające postanowienia umów, płatności na rzecz podmiotów leczniczych realizujących usługi diagnostyczne stwierdzono w przypadku czterech szpitali (w: Legnicy, Lublinie, Poznaniu i Wałbrzychu), co naruszało art. 44 ust. 3 pkt 3 ufp, i mogło skutkować naliczeniem przez usługodawców odsetek za zwłokę, a także obniżeniem ich motywacji do rzetelnej realizacji świadczeń.

Nadzór szpitali nad udzielaniem świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny realizujący umowy cywilnoprawne

Organizacja nadzoru nad personelem medycznym realizującym w kontrolowanych szpitalach umowy cywilnoprawne nie odbiegała od nadzoru nad personelem, który miał zawarte umowy o pracę. W większości przypadków funkcje nadzorcze powierzano: [1] wobec lekarzy – zatrudnionym ordynatorom lub realizującym umowy cywilnoprawne osobom zajmującym stanowiska odpowiadające ordynatorom (np. koordynatorom, kierownikom); [2] wobec pielęgniarek i położnych – pielęgniarkom oddziałowym oraz lekarzom zatrudnionym na oddziałach. Ogólny nadzór nad personelem medycznym sprawowali dyrektorzy kontrolowanych szpitali (jeśli byli lekarzami) lub naczelnicy lekarze (zastępcy dyrektora ds. leczniczych), a także naczelnice pielęgniarki (przełożone pielęgniarek).

Kontrole wewnętrzne i zadania audytowe prowadzone w kontrolowanych szpitalach nie dotyczyły bezpośrednio organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych z udziałem personelu medycznego realizującego umowy cywilnoprawne. Wykonywane kontrole i zadania dotyczyły tych zagadnień pośrednio, gdyż obejmowały swoim zakresem także organizację poszczególnych komórek organizacyjnych, czy prawidłowość sporządzania dokumentacji medycznej, a przez to osoby udzielające świadczeń zdrowotnych, niezależnie od formy zatrudnienia. Nadzór nad personelem medycznym zwiększył wdrożenie w pięciu kontrolowanych szpitalach procedur kontroli jakości.

Weryfikacja części warunków umów cywilnoprawnych zawartych z personelem medycznym nie wymaga wiedzy medycznej. Dotyczy to przede wszystkim czasu udzielania świadczeń zdrowotnych. Skontrolowane szpitale nie powierzały personelowi niemedycznemu nadzoru nad tym aspektem wykonywania zadań. Odmiennie działał w tym zakresie szpital w Wałbrzychu, w którym funkcjonował system elektronicznej ewidencji czasu pracy (i wykonywania zadań) nadzorowany przez służby pracownicze, a także szpital w Toruniu, w którym służby kadrowe szpitala były upoważnione do kontroli obsady komórek medycznych, w tym personelu realizującego umowy cywilnoprawne.

Spośród kontroli przeprowadzonych przez NFZ w szpitalach objętych kontrolą NIK, w dwóch przypadkach stwierdzono nieprawidłowości odnoszące się bezpośrednio do działalności podmiotów leczniczych zapewniających udzielanie świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny. I tak:

- pomimo ogólnie pozytywnych wyników kontroli przeprowadzonych przez NFZ w zakresie udzielania przez szpital w **Koninie** świadczeń z zakresu kardiologii inwazyjnej z udziałem personelu podmiotu zewnętrznego, stwierdzono nieprawidłowe zakwalifikowanie i rozliczenie trzech zabiegów (ze 160 badanych). Szpital został zobowiązany do zwrotu wynagrodzenia w wysokości 7,1 tys. zł i zapłaty kary umownej w wysokości 3,6 tys. zł. Pomimo, że zabiegi zostały wykonane przez personel udostępniony przez podmiot zewnętrzny, szpital nie podjął działań w celu ustalenia odpowiedzialności tego podmiotu i wysunięcia wobec niego odpowiednich roszczeń. Uczynił to dopiero w toku kontroli NIK;
- kontrola NFZ przeprowadzona w szpitalu **uniwersyteckim w Bydgoszczy** zakończyła się nałożeniem na szpital kar umownych w związku m.in. z niezgłoszeniem jako podwykonawcy podmiotu zapewniającego udzielanie świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny. Ustalenia kontroli odnosiły się także do sposobu organizacji nadzoru nad udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w tym nadzorowania personelu podmiotu zewnętrznego przez ordynatora, który jednocześnie był prezesem zarządu tego podmiotu [szczegóły: pkt 3.1.4, str. 50–51].

Na nieprawidłową realizację świadczeń zdrowotnych przez usługodawców zewnętrznych wskazywały również informacje zawarte w skargach i pozwach sądowych kierowanych przeciw kontrolowanym szpitalom. Mimo uzyskiwania przez kierownictwo szpitali w ten sposób informacji o zaistniałych nieprawidłowościach, nie w każdym przypadku podejmowano działania w celu ustalenia osoby odpowiedzialnej i wyciągnięcia odpowiednich konsekwencji, w tym w stosunku do zewnętrznego personelu medycznego. Obok przypadków rzetelnego działania szpitali w tym zakresie, kontrola wykazała również przypadki istotnych zaniechań. W szpitalu w Legnicy, po niekorzystnym wyroku, zasądającym od szpitala odszkodowanie w kwocie 12 tys. zł, ustalono winę lekarza zewnętrznego realizującego umowę cywilnoprawną i wystąpiono z roszczeniem regresowym do ubezpieczyciela tej osoby. W innych szpitalach nie dochodzono należności od osób odpowiedzialnych za błędy będące podstawą wypłat odszkodowań.

*Przykładowo szpital **wojskowy w Bydgoszczy** uznał w okresie kontrolowanym dziewięć roszczeń na kwotę ogółem 346,7 tys. zł, a w przeprowadzanych postępowaniach wyjaśniających nie ustalono osób bezpośrednio odpowiedzialnych za szkodę.*

Analiza wybranych skarg wykazała, że w dwóch szpitalach pacjenci złożyli uzasadnione skargi na personel medyczny realizujący umowy cywilnoprawne. W tych okolicznościach osoby odpowiedzialne za nadzór upominały członków personelu medycznego.

*W szpitalu **wojskowym w Bydgoszczy** uzasadniona skarga pacjenta winna spowodować ponadto przewidziane w umowie pomniejszenie wynagrodzenia członka personelu medycznego. Wskutek braku odpowiedniego obiegu informacji, takiej czynności nie dokonano.*

Przeprowadzone w toku kontroli badanie skuteczności nadzoru nad personelem medycznym realizującym umowy cywilnoprawne wykazało szereg nieprawidłowości, które wystąpiły ogółem w siedmiu skontrolowanych szpitalach. Dotyczyły one: w czterech szpitalach wykonania umów cywilnoprawnych zawartych z indywidualnymi członkami personelu medycznego, w dwóch szpitalach umów zawartych z podmiotami leczniczymi zapewniającymi usługi personelu medycznego, a w jednym szpitalu obu wskazanych wyżej form udzielania świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny.

Najczęściej występującą nieprawidłowością w zakresie nadzoru nad personelem medycznym udzielającym świadczeń na podstawie umów cywilnoprawnych w kontrolowanych szpitalach był brak nadzoru nad czasem wykonywania zadań. W szpitalach w: Koninie, Lublinie i Toruniu nie prowadzono ewidencji czasu udzielania części lub całości świadczeń zdrowotnych w badanej grupie personelu medycznego. Budzi to wątpliwości co do rzetelności nadzoru nad pracą tego personelu i rzetelności rozliczeń finansowych, gdy w umowach z personelem medycznym przewidziano stawki godzinowe. W przypadku braku ewidencji czasu pracy jedynym źródłem informacji o wykonywanych zadaniach jest dokumentacja medyczna, ta dokumentuje jednak

tylko udzielane świadczenia, a nie cały czas pobytu w szpitalu. Ponadto dokumentacja medyczna jest niedostępna dla pracowników działów administracyjnych i finansowych, którzy rozliczają faktury wystawiane przez personel medyczny. Przy braku dokumentacji innej niż medyczna, nie są oni w stanie dokonywać weryfikacji danych wykazanych na dokumentach finansowo-księgowych wystawianych przez personel medyczny.

Kontrola wykazała przypadki braku nadzoru nad czasem udzielania świadczeń zdrowotnych lub nierzetelnych rozliczeń w tym zakresie.

*Przykładowo w oddziale rehabilitacji z pododdziałem rehabilitacji neurologicznej szpitala w **Koninie** nadzór był niewystarczający do zapewnienia wykonywania świadczeń zdrowotnych przez personel lekarski realizujący umowy cywilnoprawne w czasie wymaganym przepisami i uregulowaniami wewnętrznymi⁶⁰. W wybranym okresie rozliczeniowym nie zapewniono wymaganej obsady lekarskiej na tym oddziale w trzech dniach przez czas od 27 minut do 6 godzin i 37 minut. W oddziale onkologii klinicznej z pododdziałem hematologicznym ww. szpitala nie zapewniano w 19 dniach wymaganej przepisami i uregulowaniami wewnętrznymi⁶¹ obsady dwóch lekarzy specjalistów z dziedziny onkologii, gdyż w tych dniach przez okres od 30 minut do 7 godzin 30 minut świadczeń udzielał wyłącznie jeden ww. specjalista.*

Kontrola ujawniła przypadki nierzetelnego wykazywania czasu udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy posiadających umowy cywilnoprawne z trzema kontrolowanymi jednostkami. Polegały one na poświadczaniu:

- wykonywania zadań w dwóch różnych podmiotach leczniczych w tym samym czasie (szpitale w: **Olsztynie, Koninie i Lublinie**);
- zakończenia udzielania świadczeń i rozpoczęcia udzielania świadczeń w innej jednostce w tym samym momencie, bez przerwy na niezbędny przejazd między jednostkami (szpitale w: **Olsztynie i Koninie**);
- ponadto w szpitalu w **Olsztynie** stwierdzono przypadki, gdy jeden usługodawca, lekarz anestezjolog udzielał w szpitalu świadczeń zdrowotnych pełniąc przez część czasu jednocześnie dyżur pod telefonem w innym podmiocie.

Kontrola ujawniła także luki w nadzorze nad jakością realizowanych przez usługodawców świadczeń zdrowotnych lub zgodnością ich realizacji z obowiązującymi przepisami lub standardami. I tak w szpitalach:

- uniwersyteckim w **Bydgoszczy** nadzór nad personelem medycznym udostępnionym przez podmiot zewnętrzny był niewystarczający do wyeliminowania przypadków naruszania standardów znieczulania pacjentów⁶² polegających na: [1] nadzorowaniu w tym samym czasie przez jednego lekarza specjalistę dwóch lekarzy rezydentów wykonujących wymagające wsparcia zabiegi anestezjologiczne na dwóch różnych oddziałach szpitala; [2] niewypełnieniu w toku dwóch zabiegów wymaganych kart znieczulenia;
- w **Elblągu** stwierdzono ogółem 15 przypadków (8,5% badanych), gdy zamiast realizującego umowę cywilnoprawną lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii kartę znieczuleń podpisywali lekarze w toku specjalizacji w dziedzinie anestezjologii;

⁶⁰ W tych przypadkach czas udzielania świadczeń regulowały: rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2013 r. poz. 1082, ze zm.), w brzmieniu obowiązującym w okresie kwiecień-czerwiec 2013 r.; zarządzenie Prezesa NFZ Nr 72/2011/DSOZ z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne (Dz. Urz. NFZ Nr 42, poz. 72, ze zm.); przepisy wewnętrzne szpitala.

⁶¹ W tych przypadkach czas udzielania świadczeń regulowały: rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. Nr 140, poz. 1145, ze zm.) w brzmieniu obowiązującym w okresie kwiecień-czerwiec 2013 r.; zarządzenie Prezesa NFZ Nr 53/2010/DSOZ z 2 września 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza (Dz. Urz. NFZ Nr 24, poz. 53, ze zm.); przepisy wewnętrzne szpitala.

⁶² Określonych w § 9 pkt 12 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Dz. U. z 2013 r. poz. 15).

- w **Toruniu** stwierdzono, że jeden z realizujących umowę cywilnoprawną lekarzy specjalistów w dziedzinie chorób wewnętrznych powierzył swoje obowiązki lekarzowi rezydentowi bez uzyskania wymaganej zgody szpitala; powierzanie przez lekarzy specjalistów obowiązków lekarzom rezydentom było w tym szpitalu zjawiskiem częstym (stwierdzono ogółem 4 przypadki na badanych 16) i prowadziło do sytuacji, w której to rezydenci zamiast specjalistów w dziedzinie chorób wewnętrznych kierowali pracami Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. Tymczasem dwóch rezydentów nie miało ukończonego drugiego roku specjalizacji w dziedzinie chorób wewnętrznych i nie było lekarzami systemu ratownictwa medycznego⁶³, przez co nie byli uprawnieni nawet do samodzielnego dyżurowania na tym oddziale;
- w **Olsztynie** dwóch członków personelu medycznego przedłożyło szpitalowi w ramach realizacji umowy polisy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmujące wyłącznie świadczenia ambulatoryjne. Szpital nie dokonał rzetelnej weryfikacji przedłożonych dokumentów i przyjął je bez zastrzeżeń, mimo iż osoby te udzielały również świadczeń w rodzaju leczenia szpitalne.

W toku kontroli Najwyższa Izba Kontroli zleciła wojewodom przeprowadzenie kontroli w siedmiu podmiotach leczniczych zapewniających udzielanie świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny w szpitalach w: Białej Podlaskiej, Bydgoszczy (uniwersyteckim), Elblągu, Koninie i Legnicy. Poza przypadkiem podmiotu działającego na rzecz szpitala w Koninie, który uchylił się od kontroli wojewody w zleconym przez NIK zakresie, każda kontrola zakończyła się stwierdzeniem przez wojewodów naruszenia udl polegającego na niedozwolonym udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez jeden podmiot leczniczy w przedsiębiorstwie drugiego podmiotu leczniczego. Zagadnienie to zostało opisane w pkt 3.1.4 [str. 48–52] oraz w załączniku nr 1 do informacji [str. 70]. Poza ustaleniami w tym zakresie stwierdzono, że podmioty lecznicze udostępniające usługi personelu medycznego nie dysponują dokumentacją personelu medycznego lub nie udostępniają jej zespołom kontrolnym wojewodów.

*Jaskrawym tego przykładem były wyniki kontroli Wojewody Warmińsko-Mazurskiego przeprowadzonej u jednego z podwykonawców szpitala w **Elblągu**. Kierownik podmiotu leczniczego, pomimo że został uprzedzony o kontroli, nie okazał dokumentów potwierdzających kwalifikacje personelu medycznego, jak i spełnienie przez ten personel wymagań zdrowotnych niezbędnych do udzielania świadczeń.*

Zespołom kontrolnym wojewodów Kujawsko-Pomorskiego i Wielkopolskiego nie okazano także dokumentów osób udzielających świadczeń w szpitalach w: Bydgoszczy (uniwersyteckim) i Legnicy, choć w tych przypadkach dotyczyło to tylko części udostępnionego personelu. Analogiczne zachowanie podmiotów zewnętrznych w toku kontroli prowadzonych przez NFZ mogłoby zakończyć się nałożeniem na kontrolowany szpital kary umownej.

Niedostateczny nadzór nad personelem medycznym udzielającym świadczeń na podstawie umów cywilnoprawnych stwierdzono także w zakresie weryfikacji rozliczeń finansowych. Dotyczyło to zarówno świadczeń rozliczanych w ramach umów zawieranych z osobami prowadzącymi indywidualne praktyki zawodowe, jak i z podmiotami leczniczymi. Kontrola wykazała, że w szpitalach w: Bydgoszczy (uniwersyteckim), Elblągu, Lublinie, Koninie, Olsztynie i Toruniu akceptowano bez uwag pod względem merytorycznym faktury, mimo iż nie dokumentowały one rzetelnie wymiaru zrealizowanej usługi. W powyższych przypadkach nieprawidłowości stwierdzano w od 1,6% do 27,3% badanych faktur. Występujące niezgodności różniły się w zależności od przewidzianej w umowach podstawy rozliczeń z personelem medycznym i dotyczyły np.:

- wykazania do rozliczenia i przyjęcia przez szpital **uniwersytecki w Bydgoszczy** zabiegów niewykonanych przez członków personelu lekarskiego, w tym dwukrotnego wykazania na fakturze tych samych zabiegów;
- niepomniejszenia przez szpital w **Elblągu** ryczałtowego wynagrodzenia, w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w mniejszym wymiarze czasowym;
- dokonywania płatności za konsultacje, które nie zostały odnotowane w dokumentacji medycznej szpitala w **Lublinie**.

⁶³ Zgodnie z art. 57 ust. 1 ustawy z 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013 r. poz. 757, ze zm.).

Nieterminowe, naruszające postanowienia umów, płatności na rzecz indywidualnych praktyk zawodowych i podmiotu zapewniającego usługi personelu medycznego stwierdzono w szpitalu w Legnicy. Nieterminowe regulowanie zobowiązań narusza art. 44 ust. 3 pkt 3 ufp, może skutkować naliczeniem przez usługodawców odsetek za zwłokę oraz obniża ich motywację do rzetelnej realizacji świadczeń.

Szpital, na podstawie art. 97 ust. 1 i 2 udl, jest zobowiązany po zakończonym dyżurze zapewnić pracownikowi jedenastogodzinną nieprzerwaną przerwę w pracy. Wymóg ten nie ma jednak zastosowania w przypadku osób wykonujących zadania na podstawie umów cywilnoprawnych. Dlatego nie stwierdzono naruszeń przepisów prawa, pomimo że w każdym z kontrolowanych szpitali personel medyczny realizujący umowy cywilnoprawne pracował w cyklach, w których poszczególne osoby udzielały świadczeń w czasie podstawowym⁶⁴, następnie rozpoczynały dyżur, a bezpośrednio po nim udzielały świadczeń w czasie podstawowym.

Pomimo, że generalną zasadą określoną w art. 93 ust. 1 udl jest tygodniowa norma pracy pracowników w podmiotach leczniczych wynosząca 37 godzin 55 minut na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy, to jednak pracownicy podmiotów leczniczych mogą pracować w godzinach nadliczbowych na zasadach określonych w art. 131 kp, zgodnie z którymi tygodniowy czas pracy łącznie z godzinami nadliczbowymi nie może przekraczać przeciętnie 48 godzin w przyjętym okresie rozliczeniowym. To ograniczenie, po wyrażeniu pisemnej zgody, o której mowa w art. 96 ust. 1 udl (tzw. klauzula opt-out), nie obowiązuje jednak pracowników wykonujących zawód medyczny i posiadających wyższe wykształcenie, zatrudnionych w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne. Maksymalny tygodniowy czas pracy takiego personelu to 78 godzin, ograniczony przez unormowania wynikające z art. 97 udl, tj. obowiązek zapewnienia pięciu przerw dobowych po 11 godzin i jednej przerwy tygodniowej 35 godzinnej⁶⁵.

Powyższe wymogi, a także ogólne wytyczne wynikające z art. 3 dyrektywy 2003/88/WE⁶⁶ nie dotyczą jednak osób realizujących umowy cywilnoprawne, będących faktycznie samozatrudnionymi przedsiębiorcami. Osób wykonujących zadania w tej formie praktycznie nie ograniczają żadne normy czasu wykonywania zadań.

W objętych kontrolą szpitalach badaniu poddano czas udzielania świadczeń zdrowotnych w jednym okresie rozliczeniowym (najczęściej kwartale) wybranej grupy personelu medycznego realizującego umowy cywilnoprawne (od czterech do 18 osób, ogółem 101 osób). Średnia tygodniowa liczba godzin udzielania świadczeń badanych grup personelu medycznego w poszczególnych szpitalach⁶⁷ wynosiła od 31 do 69 godzin. Szczegółowe dane przedstawiono na poniższym wykresie⁶⁸.

⁶⁴ Trwającym 7 godzin 35 minut, w czasie ustalonym przepisami wewnętrznymi szpitali, zazwyczaj od 7:00 do 14:35.

⁶⁵ Alternatywnym rozwiązaniem jest sześć przerw dobowych 11 godzinnych i jedna przerwa 24 godzinna.

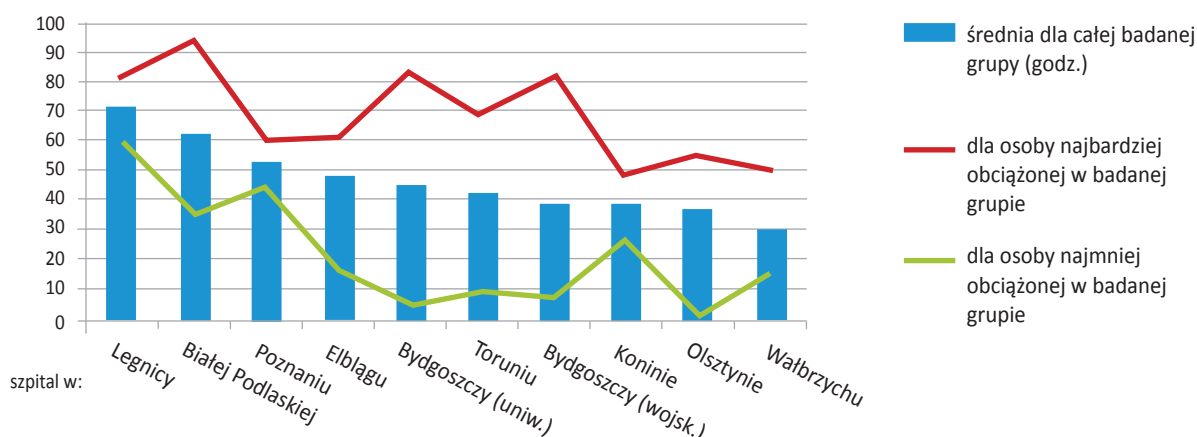
⁶⁶ Dyrektywa 2003/88/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 4 listopada 2003 r. dotycząca niektórych aspektów organizacji czasu pracy (Dz. U. UE. L z 2003 r. Nr 299, str. 9; Dz. U. UE-sp.05-4-381).

⁶⁷ Pominięto tu wyniki szpitala w Lublinie, w którym wobec braku ewidencji czasu pracy 9 z 10 badanych członków personelu medycznego, dane nie są porównywalne.

⁶⁸ W celu zapewnienia porównywalności pomiędzy czasem wykonywania zadań osób realizujących umowy cywilnoprawne z czasem pracy pracowników, do jego obliczenia, w miarę możliwości zastosowano zasady analogiczne do obliczania czasu pracy, określone w art. 128 § 1 kp i in.

Wykres nr 6

Średni tygodniowy czas wykonania zadań w kontrolowanych szpitalach w okresie rozliczeniowym



Źródło: Opracowanie własne na podstawie ewidencji szpitali i wyjaśnień personelu.

Należy zwrócić uwagę, że z wyjątkiem szpitali w: Legnicy, Koninie i Poznaniu wystąpiły znaczące różnice w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych pomiędzy najbardziej i najmniej obciążonymi osobami w badanej grupie. Oznacza to, że nawet w szpitalach o relatywnie niskim średnim tygodniowym czasie wykonywania zadań występowały przypadki, gdy personel medyczny przez wiele dni udzielał świadczeń zdrowotnych w tych jednostkach bez odpowiednich przerw. Jeśli przyrównać obciążenie czasem udzielania świadczeń zdrowotnych do maksymalnej normy obowiązującej pracowników, tj. 78 godzin w tygodniu, to przekroczenia stwierdzono w szpitalach: w Białej Podlaskiej – w 49 przypadkach, w Legnicy – w 40 przypadkach; w Bydgoszczy (uniwersytecki) – w 20 przypadkach; w Bydgoszczy (wojskowy) – w 10 przypadkach; w Poznaniu – w 10 przypadkach; w Toruniu – w 10 przypadkach; w Olsztynie – w sześciu przypadkach; w Elblągu – w czterech przypadkach.

Kierownicy jednostek kontrolowanych wyjaśniając przyczyny znacznego lub nierównomiernego obciążenia czasem udzielania świadczeń zdrowotnych zwracali uwagę na problemy związane z pozyskaniem dodatkowego personelu. Stwierdzali jednak, że dokładają wszelkich starań aby uniknąć wielodniowego przebywania na dyżurach. Wbrew tym wyjaśnieniom faktycznie nie zapewniano mechanizmów eliminujących takie przypadki. Przykładowo:

- dyrektor szpitala w **Białej Podlaskiej** wyjaśnił, że opracowywane w szpitalu plany dyżurów nie przewidują odbywania dyżurów przez jedną osobę w kolejnych po sobie dniach, jednak z przyczyn losowych personel sam może dokonać zmiany, która powoduje takie obciążenia. Wbrew temu stanowisku w badanych rozliczeniach personelu medycznego stwierdzono stałą praktykę przeplatania pracy w czasie podstawowym, dyżurów i dyżurów na telefon, tak że u 12 z 13 osób wystąpił co najmniej jeden przypadek, gdy w tygodniu wykonywała zadania przez ponad 78 godzin;
- dyrektor szpitala w **Olsztynie** wyjaśniła, że personel lekarski o dużym doświadczeniu zdaje sobie sprawę ze swoich możliwości w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych, a przypadki wykonywania zadań przez lekarzy przez ponad dwie doby należą do sytuacji rzadkich, wynikających z potrzeby zapewnienia ciągłej obecności dwóch lekarzy anestezjologów na bloku operacyjnym. W tym szpitalu, wśród badanych rozliczeń 13 osób w okresie trzech miesięcy, stwierdzono dwa przypadki wykonywania dyżuru nieprzerwanie przez 48 godzin.

Należy przy tym podkreślić, że w części skontrolowanych szpitali dyrektorzy nie byli zainteresowani prowadzeniem nadzoru w tym zakresie, dopuszczali bowiem swobodną zamianę osób wykonujących dyżury medyczne. Nawet w przypadkach gdy umowy przewidywały wcześniejsze zgłoszenie faktu zmiany osób dyżurujących i uzyskanie zgody, zmiany następowały

bez dokonywania tych formalności. Ustalenia wskazujące, że dyżury wykonywały inne osoby niż określone w harmonogramach dyżurów stwierdzono w szpitalach w Koninie, Poznaniu i Toruniu. W niektórych przypadkach przyczyniało się to do wykonywania zadań przez poszczególne osoby nieprzerwanie w okresie 48 godzin lub dłuższym.

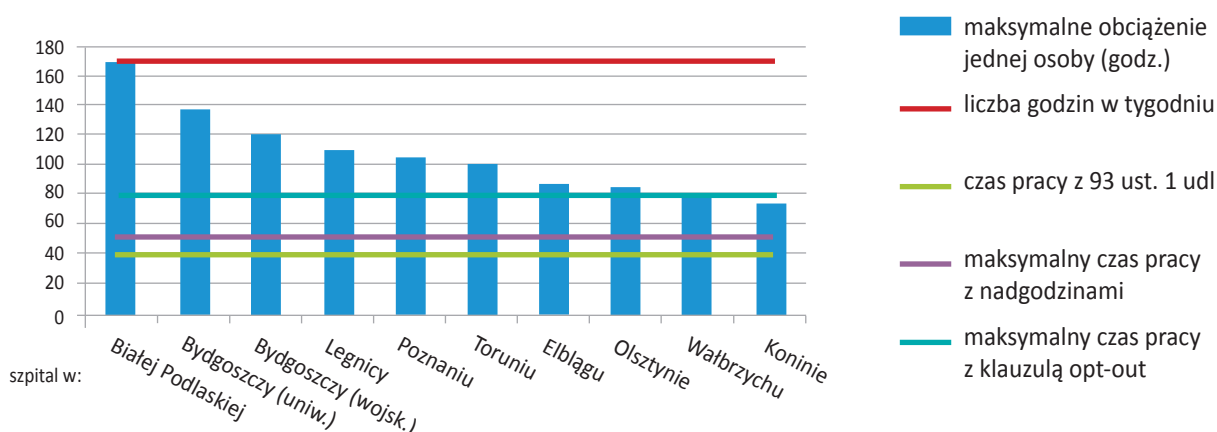
Obciążenie usługodawców czasem udzielania świadczeń zdrowotnych obrazują poniższe przykłady:

- jeden z członków personelu medycznego szpitala w **Białej Podlaskiej** był zobowiązany w jednym z analizowanych tygodni do wykonywania zadań przez 168 godzin, tj. 24 godziny na dobę przez 7 dni w tygodniu, a kolejna osoba w tym szpitalu była zobowiązana do wykonywania zadań w jednym z tygodni przez 133 godziny 55 minut, tj. średnio ponad 19 godzin na dobę przez 7 dni w tygodniu;
- badane rozliczenia jednej z osób wykazały, że wykonywała ona zadania w szpitalu **uniwersyteckim w Bydgoszczy** przez 138 godzin w tygodniu, tj. średnio prawie 20 godzin na dobę przez 7 dni w tygodniu.

Poniższy wykres przedstawia stwierdzone najbardziej jaskrawe przypadki obciążenia personelu medycznego wykonywaniem zadań na podstawie umów cywilnoprawnych w poszczególnych kontrolowanych szpitalach.

Wykres nr 7

Stwierdzone przypadki największego tygodniowego obciążenia czasem wykonywania zadań w kontrolowanych szpitalach



Źródło: Opracowanie własne na podstawie ewidencji szpitali i wyjaśnień personelu.

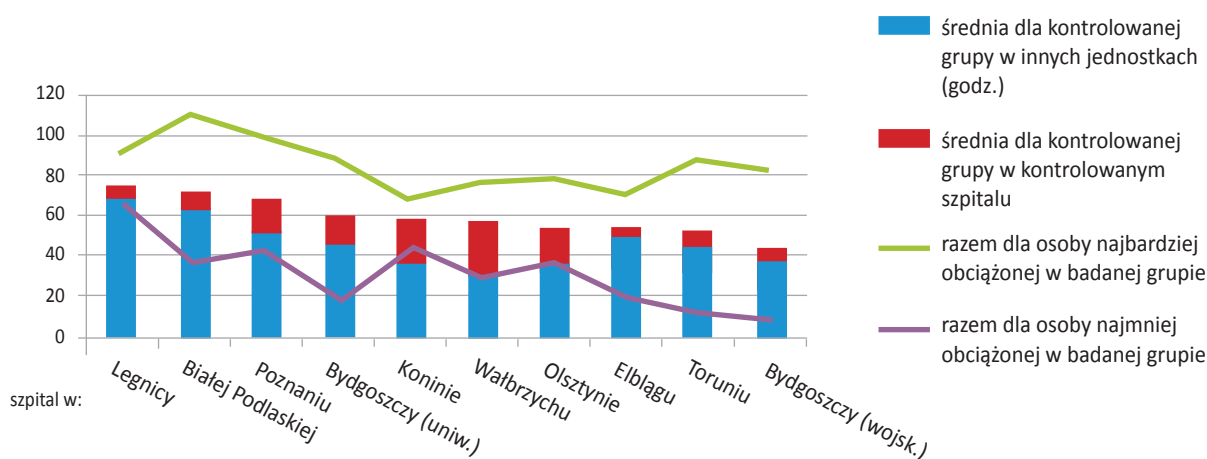
Należy przy tym zauważyć, że szpitale w: Białej Podlaskiej oraz uniwersytecki i wojskowy w Bydgoszczy korzystają na znaczną skalę z usług personelu medycznego udostępnionego przez podmioty lecznicze. Przekazane przez Państwową Inspekcję Pracy wyniki 15 kontroli potwierdzają powszechność zlecania zadań bez odpowiednich przerw. Pomimo, że ustalenia kontroli zasadniczo dotyczyły pracowników SPZOZ-ów, to Państwowa Inspekcja Pracy w pięciu kontrolach zwróciła uwagę na obciążenie czasem udzielania świadczeń: w trzech przypadkach przez osoby wykonujące umowy cywilnoprawne i w dwóch przypadkach przez osoby udzielające świadczeń zdrowotnych na podstawie umów zawartych z innym podmiotem leczniczym.

Z informacji uzyskanych w oddziałach NFZ i innych podmiotach oraz z wyjaśnień osób należących do badanej grupy wynika, że większość członków personelu lekarskiego kontrolowanych szpitali udziela świadczeń zdrowotnych także w innych podmiotach leczniczych. Średni tygodniowy czas udzielania świadczeń zdrowotnych w kontrolowanych szpitalach wraz z czasem wykonywania zadań w innych jednostkach wynosił od 44 godzin 25 minut do 73 godzin 45 minut.

Przy wskazanych powyżej średnich, przypadki gdy czas wykonywania pracy i innych zadań przez ponad 78 godzin w tygodniu stwierdzono w każdej objętej badaniem grupie personelu medycznego. Wśród badanych 101 członków personelu medycznego stwierdzono ogółem 223 przypadki przekroczeń 78 godzinowego wykonywania zadań w tygodniu, co biorąc pod uwagę analizowany czas pracy oznacza, że średnio w 18% analizowanych tygodni następowało takie przekroczenie. Najwięcej – 61 przekroczeń 78 godzinowego czasu wykonywania zadań w tygodniu stwierdzono w badanej grupie personelu szpitala w Białej Podlaskiej, następnie 42 przypadki w grupie personelu ze szpitala w Legnicy, 30 przypadki w grupie w szpitalu uniwersyteckim w Bydgoszczy i 21 w grupie w szpitalu w Toruniu.

Wykres nr 8

Średni tygodniowy czas udzielania świadczeń zdrowotnych w okresie rozliczeniowym w kontrolowanych szpitalach i innych jednostkach



Źródło: Opracowanie własne na podstawie ewidencji szpitali, informacji z jednostek niekontrolowanych i wyjaśnień personelu.

Jeśli uwzględnić wszystkie miejsca wykonywania zadań i pracy, to przykładowo:

- jeden z lekarzy szpitala w **Poznaniu** przez pięć kolejnych tygodni był zobowiązany do wykonywania zadań (z uwzględnieniem pensum akademickiego) od 94 godzin 40 minut do 142 godzin 40 minut w poszczególnych tygodniach (tj. średnio od około 13 godzin 30 minut na dobę do około 20 godzin 40 minut na dobę);
- jeden z lekarzy szpitala w **Legnicy** przez osiem kolejnych tygodni wykonywał zadania od 80 godzin do 112 godzin w tygodniu (tj. średnio od 12 do 16 godzin na dobę);
- jeden z lekarzy szpitala w **Białej Podlaskiej** przez cztery kolejne tygodnie wykonywał zadania od 114 godzin 21 minut do 130 godzin 44 minut tygodniowo (tj. średnio od około 16 do około 18 godzin na dobę).

Z wyjaśnień osób odpowiedzialnych za nadzór nad osobami udzielającymi świadczeń zdrowotnych wynika, że nie mają one wiedzy i możliwości zweryfikowania miejsc w jakich personel wykonuje zadania poza szpitalem. Należy jednak podkreślić, że wyłącznie w jednym szpitalu – w Olsztynie – wprowadzono w niektórych umowach cywilnoprawnych postanowienia o zakazie udzielania świadczeń zdrowotnych w innych podmiotach leczniczych. Wprowadzone ograniczenia okazały się jednak nie w pełni skuteczne, ponieważ kontrola wykazała trzy przypadki ich naruszeń.

3.1.4. Udzielanie w szpitalu świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny na podstawie umowy z innym podmiotem leczniczym

Przypadki udzielania świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny za pośrednictwem podmiotów leczniczych stwierdzono ogółem w siedmiu⁶⁹ z 11 skontrolowanych szpitali. Skala tego zjawiska była bardzo różna. Personel udzielający świadczeń za pośrednictwem innego podmiotu leczniczego stanowił w stosunku do zatrudnionych i mających zawarte indywidualne umowy cywilnoprawne od 1,3% w szpitalu w Legnicy, do 11,9% w szpitalu w Elblągu. Taka forma udzielania świadczeń zdrowotnych jest najbardziej powszechna wśród personelu lekarskiego, a maksymalne nasilenie osiągnęła w szpitalu w Białej Podlaskiej, gdzie lekarze udzielający świadczeń za pośrednictwem podmiotu zewnętrznego stanowili w końcu 2014 r. 42% lekarzy mających umowy zawarte bezpośrednio ze szpitalem. Wyniki kontroli prowadzonych przez Państwową Inspekcję Pracy potwierdzają częste udzielanie w szpitalach świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny za pośrednictwem innego podmiotu leczniczego, co stwierdzono w trzech z 15 SPZOZ skontrolowanych przez ten organ.

Jak wynika z wyjaśnień dyrektorów szpitali, opisaną wyżej organizację udzielania świadczeń zdrowotnych stosowano: [1] w celu zapewnienia optymalnej obsady personelu na dyżurach (szpital w Białej Podlaskiej), [2] wobec braku własnego personelu, który można było pozyskać od podmiotu zewnętrznego (szpital w Koninie), [3] wskutek działań własnego personelu, który utworzył podmiot leczniczy, za pomocą którego chciał udzielać świadczeń (szpital w Lublinie).

Podmioty lecznicze, które na podstawie umów z kontrolowanymi szpitalami zapewniają udzielanie świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny na poszczególnych oddziałach szpitalnych nie dysponują zasobami majątkowymi niezbędnymi do samodzielnego prowadzenia działalności w rodzaju leczenia szpitalnego oraz w zakresie udzielanym na obsadzonym oddziale szpitalnym. Ich księgi rejestrowe nie wskazują zatem, że prowadzą one działalność leczniczą w rodzaju leczenia szpitalnego, a określany tam zakres udzielanych świadczeń często nie obejmuje przedmiotu umowy zawartej ze szpitalem. Przepis art. 26 ust. 2 udl wymaga natomiast zgodności zapisów rejestrowych podmiotów przyjmujących zamówienie co do rodzaju działalności lub zakresu udzielonych świadczeń z przedmiotem umowy. W świetle tych wymagań szpitale w: Białej Podlaskiej, Elblągu i Lublinie, w ocenie Izby nie miały prawa zawrzeć łącznie pięciu umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych z czterema podmiotami. Wartość wydatków poniesionych przez te szpitale w związku z realizacją umów zawartych z naruszeniem art. 26 ust. 2 udl wyniosła 26 792,4 tys. zł, przy czym skala nieprawidłowości była największa w szpitalu w Białej Podlaskiej, gdzie zamówienia te stanowiły 3,4% ogółu kosztów poniesionych przez ten SPZOZ w latach 2012–2014.

Należy przy tym zauważyć, że stosowana przez wojewodów i zalecana przez Ministra Zdrowia wykładnia art. 26 ust. 2 udl wskazuje na zasadę, że podmioty lecznicze wykonują swoją działalność leczniczą w ramach przedsiębiorstw. Jednolite stanowisko Ministra Zdrowia, wyrażane wielokrotnie⁷⁰ w opiniach przekazywanych organom państwa, związkom zawodowym i świadczeniodawcom wskazuje, że podmiot leczniczy aby przyjąć zamówienie na udzielanie świadczeń zdrowotnych musi prowadzić przedsiębiorstwo, w którym udziela świadczeń w zakresie odpowiednim do zlecanego przez szpital i jednocześnie realizuje działalność w rodzaju odpowiednim do tego,

⁶⁹ W szpitalach w: Białej Podlaskiej, Bydgoszczy (uniwersyteckim i wojskowym), Elblągu, Koninie, Legnicy i Lublinie.

⁷⁰ W toku kontroli Minister Zdrowia przekazał 30 opinii prawnych i odpowiedź na jedną interpelację poselską, dotyczące powyższego zagadnienia prawnego.

w jakim te świadczenia mają być udzielane na rzecz szpitala. Przyjęcie tej interpretacji oznaczałoby, że w sześciu z siedmiu szpitali⁷¹ nielegalnie udzielano zamówienia podmiotom leczniczym za pomocą których personel medyczny udziela świadczeń zdrowotnych. Najwyższa Izba Kontroli zauważa jednak, że powyższa interpretacja budzi poważne wątpliwości prawne [szczegóły: Załącznik 1, str. 70], nie wynika wprost z brzmienia art. 26 ust. 2 udl oraz opiera się na zasadach niesprecyzowanych wprost w uregulowaniach ustawowych. W opinii NIK celem art. 26 udl jest umożliwienie korzystania przez szpitale publiczne z usług zewnętrznych, ze względu na to, że szpital tych usług nie jest w stanie samodzielnie zapewnić. Stanowisko Ministra Zdrowia ogranicza zaś dostęp do tych usług, gdyż nakłada pośrednio na podmioty lecznicze wymagania niewspółmierne do zakresu wykonywanych świadczeń zdrowotnych. W swojej istocie stanowisko to wymaga, aby podmiot dostarczający szpitalowi świadczeń zdrowotnych udzielanych wyłącznie przez personel medyczny na oddziałach szpitalnych, spełniał wymogi (w tym w zakresie pomieszczeń, wyposażenia w sprzęt i aparaturę) do prowadzenia takich samych oddziałów szpitalnych.

Już sama stwierdzona w kontroli NIK skala zawierania przez szpitale umów z podmiotami zapewniającymi udzielanie świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny wskazuje, że unormowania zawarte w art. 26 ust. 2 udl są nieskuteczne.

*Kontrolowany szpital w **Białej Podlaskiej** uzyskał w 2012 r. opinię Ministra Zdrowia w zakresie stosowania art. 26 ust. 2 udl. Pomimo tego nadal ewidentnie naruszając ww. uregulowanie udzielił zamówienia na zapewnienie obsady dyżurowej w oddziałach i innych komórkach organizacyjnych szpitala (m. in. w oddziałach: onkologicznym, pulmonologicznym, neurologicznym, chirurgicznym ogólnym, chirurgii naczyniowej) podmiotowi zewnętrznemu nieprowadzącemu odpowiedniej działalności leczniczej i nieudzielającemu odpowiednich świadczeń. Podmiot przyjmujący zamówienie prowadził bowiem dwa przedsiębiorstwa (oddalone od Białej Podlaskiej o około 100 i 200 km) udzielające ambulatoryjnie świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej i dermatologii.*

Słabość obecnie obowiązujących unormowań potwierdzają trzy stwierdzone w toku kontroli przypadki, w których przyjmujące zamówienie podmioty lecznicze miały w księdze rejestrowej zapisy o prowadzeniu działalności i udzielaniu świadczeń zgodnych z przedmiotem umowy ze szpitalem:

- dwa podmioty lecznicze, których personel medyczny udzielał świadczeń zdrowotnych w szpitalu **uniwersyteckim w Bydgoszczy** w zakresie neonatologii oraz anestezjologii i intensywnej terapii uzyskały decyzję właściwego organu sanitarno-epidemiologicznego⁷² na pomieszczenia należące do szpitala jako na obiekty własne, a na podstawie tej decyzji uzyskały wpis do księgi rejestrowej, z której wynika, że prowadzą przedsiębiorstwa i komórki organizacyjne pod adresem szpitala i udzielają świadczeń zdrowotnych o zakresie odpowiednim do udzielanych oddziałach szpitala. Pomimo, że ustalenia Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ wskazywały na nieprawidłowe funkcjonowanie tych podmiotów leczniczych w szpitalu, szpital uniwersytecki w Bydgoszczy nie rozwiązał z nimi umowy, lecz zawarł umowy najmu pomieszczeń. W toku kontroli NIK zapisy rejestrowe podmiotów zarejestrowanych na terenie szpitala nadal nie odzwierciedlały stanu faktycznego. Wykazywały one bowiem w rejestrze te same łóżka, które wykazywał szpital w swojej księdze rejestrowej, a ponadto nadal nie dysponowały tytułem prawnym do wykorzystywania urządzeń i sprzętu szpitala w celu realizacji samodzielnie świadczeń zdrowotnych w zakresie określonym w rejestrze. Ponadto w wynajętych przez te podmioty pomieszczeniach hospitalizowano pacjentów skontrolowanego szpitala;
- szpital w **Koninie** udzielił zamówienia na udzielanie przez personel medyczny świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii inwazyjnej podmiotowi, którego księga rejestrowa określała, że prowadzi on w Poznaniu

⁷¹ Wyjątkiem był szpital uniwersytecki w Bydgoszczy korzystający także z usług personelu medycznego udostępnianego przez podmioty lecznicze. W tym przypadku jednostki zewnętrzne utworzyły jednak własne przedsiębiorstwa na terenie szpitala.

⁷² Decyzja, o której mowa w art. 100 ust. 5 udl, zawiera opinię w sprawie spełnienia przez pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą wymagań odpowiednich do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych.

przedsiębiorstwa udzielające świadczeń szpitalnych i ambulatoryjnych m.in. w zakresie kardiologii, kardiochirurgii, jak i radiologii i diagnostyki obrazowej. Podmiot ten udzielał jednak przy pomocy swojego personelu medycznego świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii inwazyjnej w pomieszczeniach szpitala w Koninie, przy wykorzystaniu sprzętu i aparatury tego szpitala. W tej lokalizacji nie zostało utworzone przedsiębiorstwo ani żadna komórka organizacyjna tego podmiotu. Wojewoda Wielkopolski wszczął na zlecenie NIK kontrolę w tym podmiocie, w wyniku której nie przeprowadzono czynności kontrolnych w odniesieniu do realizowanych w Koninie świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii inwazyjnej, ponieważ prezes tego podmiotu oświadczył, że nie udziela takich świadczeń w swoich zarejestrowanych przedsiębiorstwach znajdujących się w Poznaniu. W rezultacie pomimo spełnienia dyspozycji określonej w art. 26 ust. 2 udl, podmiot udzielał świadczeń zdrowotnych poza prowadzonym przedsiębiorstwem.

Podmioty lecznicze udzielając wyłącznie za pomocą swojego personelu świadczeń zdrowotnych poza swoim przedsiębiorstwem, mają trudność z dokonaniem na podstawie art. 107 ust. 1 udl zgłoszenia odpowiednich zmian w rejestrze podmiotów leczniczych, gdyż samodzielnie nie dysponują potencjałem do prowadzenia w tych miejscach działalności w zakresie leczenia szpitalnego. Zatem często działają poza strukturą organizacyjną określoną w rejestrze podmiotów leczniczych, co ogranicza wiedzę wojewodów o faktycznych miejscach i zakresach udzielanych świadczeń zdrowotnych. Utrudnia lub nawet uniemożliwia to sprawowanie przez wojewodów nadzoru nad podmiotami leczniczymi, który zgodnie z art. 111 ust. 1 udl, ma służyć ocenie zgodności wykonywanej działalności leczniczej z przepisami określającymi warunki jej wykonywania.

Stwierdzono cztery przypadki, w trzech wskazanych niżej szpitalach, w których udzielanie świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny za pośrednictwem podmiotu leczniczego miało wpływ na poziom nadzoru sprawowanego przez szpital nad personelem medycznym. Osoby nadzorujące w szpitalach wykonanie zadań przez personel podmiotu zewnętrznego były bowiem członkami władz, udziałowcami lub pracownikami tego podmiotu leczniczego, co stwarzało konflikt interesów. I tak w szpitalach:

- *uniwersyteckim w **Bydgoszczy** osoby kierujące pracą dwóch oddziałów szpitala pełniły jednocześnie funkcję prezesa zarządu albo były pracownikami podmiotów zewnętrznych zapewniających obsadę lekarską na tych oddziałach;*
- *wojskowym w **Bydgoszczy** ordynator jednego z oddziałów był udziałowcem spółki zapewniającej usługi personelu medycznego w tym oddziale;*
- *w **Elblągu** osoba pełniąca funkcję pielęgniarki oddziałowej nie miała żadnej umowy zawartej bezpośrednio ze szpitalem i wykonywała swoje zadania za pośrednictwem zewnętrznego podmiotu leczniczego. Pozostawiało to w ręku usługodawcy zarówno wykonanie zadań personelu pielęgniarskiego jak i bezpośredni nadzór nad tymi zadaniami, a ponadto naruszało art. 49 ust. 1 pkt 5 i ust. 5 udl, który zobowiązuje do przeprowadzenia konkursu na stanowisko pielęgniarki oddziałowej oraz zawarcia umowy o pracę z pielęgniarką oddziałową⁷³.*

Udzielanie w szpitalach świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny za pośrednictwem innych podmiotów leczniczych stwarza także zagrożenia dla prawidłowego gospodarowania majątkiem szpitali publicznych. Poza jednym przypadkiem stwierdzonym w szpitalu w Elblągu, w którym podmiotowi zewnętrznemu wynajęto odpłatnie pomieszczenia i wyposażenie, podmiotom leczniczym zapewniającym usługi personelu medycznego nieodpłatnie udostępniano składniki majątku szpitali, w tym: pomieszczenia, urządzenia i sprzęt. Postanowienia umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych z podmiotami leczniczymi przewidywały, że udostępnione składniki majątku mogą być wykorzystane wyłącznie w celu realizacji przedmiotu tych umów. Stosowano zatem postanowienia identyczne jak w umowach cywilnoprawnych z indywidualnymi

⁷³ Przebieg konkursu na stanowisko pielęgniarki oddziałowej określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2012 r. w sprawie sposobu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym niebędącym przedsiębiorcą (Dz. U. z 2012 r. poz.182).

członkami personelu medycznego. Najwyższa Izba Kontroli podkreśla, że w odróżnieniu od umów z indywidualnymi praktykami zawodowymi, w tym przypadku składniki majątku udostępniano podmiotom gospodarczym, które mogą prowadzić działalność gospodarczą i leczniczą konkurencyjną w stosunku do działalności szpitala⁷⁴. Ponadto forma udostępnienia składników majątku szpitala podmiotom zewnętrznym w każdym wypadku nosiła cechy użyczenia. W żadnym z siedmiu szpitali nie występowało jednak o wskazaną w art. 54 ust. 3 udl zgodę podmiotu tworzącego na dokonanie tej czynności, co ograniczało nadzór tych podmiotów nad mieniem szpitali.

Kolejny problem, jaki tworzy taki sposób organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny dotyczy tego, czy zewnętrzne podmioty lecznicze udostępniające zbiorowo usługi tego personelu, są podwykonawcami, a ich funkcjonowanie w szpitalu wymaga, zgodnie z art. 133 uośz oraz odpowiednimi uregulowaniami NFZ⁷⁵, aby zostali zgłoszeni do NFZ i wykazani we właściwym załączniku do kontraktu z NFZ. Spośród sześciu szpitali mających zawartych łącznie 11 umów z podmiotami zapewniającymi wyłącznie usługi personelu medycznego, jedynie szpital w Koninie dopełnił procedury zgłoszenia umowy zawartej z takim podwykonawcą. Wynikające z §1 pkt. 8 ogólnych warunków kontraktów z NFZ problemy interpretacyjne [szczegóły Załącznik 1, str. 68] powodują, iż pozostałe szpitale uznały, że obowiązek zgłaszania podwykonawców dotyczy wyłącznie podmiotów, które samodzielnie organizują powierzony zakres czynności. Biorąc pod uwagę, że podmioty zewnętrzne udostępniają usługi personelu medycznego udzielającego świadczeń na podstawie harmonogramów opracowywanych przez szpital, jednostki kontrolowane uznały, że nie występuje tu samodzielność w organizacji świadczeń, zatem podmiot zewnętrzny nie jest podwykonawcą i nie wymaga zgłoszenia. W toku kontroli NIK ustalono, że w powyższym zakresie działania NFZ są niejednolite. Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ po przeprowadzonej kontroli nałożył na szpital uniwersytecki w Bydgoszczy karę umowną w związku z udzielaniem w szpitalu świadczeń zdrowotnych przez podwykonawcę udostępniającego swój personel medyczny, który nie został wykazany w załączniku do umowy z NFZ. W toku kontroli NIK w dwóch przypadkach, w których zakres zleconych świadczeń był zbliżony do przypadku stwierdzonego w Bydgoszczy, zwrócono się do wojewódzkich oddziałów NFZ o opinię, czy zewnętrznych usługodawców można uznać za podwykonawców. Warmińsko-Mazurski Oddział Wojewódzki NFZ uznał, że podmiot leczniczy zapewniający świadczenia zdrowotne udzielane przez personel medyczny dla szpitala w Elblągu nie powinien zostać zgłoszony jako podwykonawca. Natomiast Lubelski Oddział Wojewódzki NFZ w odniesieniu do podmiotu działającego w szpitalu w Lublinie nie zajął jednoznacznego stanowiska. Z przekazanych przez Prezesa NFZ informacji wynika, że przepisy powszechne oraz zarządzenia Prezesa NFZ nie przewidują odstępstwa od obowiązku zgłoszenia podmiotów uczestniczących w realizacji umowy z NFZ celem ich wykazania w odpowiednim załączniku.

⁷⁴ Wpisy w księgach rejestrowych podmiotów leczniczych, które udostępniały personel szpitalom w Bydgoszczy (uniwersytecki i wojskowy) Lublinie (jeden z dwóch podmiotów), Koninie i Legnicy, zawierały wpisy o działalności leczniczej zbieżnej co do zakresu lub rodzaju, z działalnością prowadzoną przez szpitale.

⁷⁵ Określone przez prezesa NFZ warunki umów dla poszczególnych rodzajów świadczeń stanowią, że świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane przez świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie świadczeniodawcy, wymienionych w załączonym do umowy z NFZ „Wykazie podwykonawców”, dla leczenia szpitalnego. Uregulowanie to zawarto np. w § 10 pkt 1 Zarządzenia Nr 89/2013/DSOZ.

W przypadku niezgłoszenia zewnętrznego podmiotu leczniczego jako podwykonawcy, kontrolowane szpitale wykazują personel medyczny udostępniany przez te podmioty w załączniku do umowy z NFZ „Harmonogram-zasoby”. Jest to działanie nielegalne⁷⁶ i fałszujące faktyczny obraz organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych.

Najwyższa Izba Kontroli wskazuje, że biorąc pod uwagę cel wprowadzenia regulacji określonej w art. 133 uśoz, z przepisów należy wywieść obowiązek zgłaszania jako podwykonawcy każdego podmiotu wykonującego część zawartej z NFZ umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Pozwala to na właściwe monitorowanie i rozliczanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez NFZ [szczegóły: pkt 3.1.3. str. 33].

W odniesieniu do pozyskiwania przez szpitale publiczne świadczeń zdrowotnych udzielanych przez personel medyczny za pośrednictwem innego podmiotu leczniczego należy wskazać także na ciężące na kontrolowanych szpitalach istotne ryzyko związane z niewłaściwym odprowadzaniem składek na ubezpieczenia społeczne. W przypadku gdy osoba zatrudniona w szpitalu udziela w nim świadczeń zdrowotnych jednocześnie za pośrednictwem innego podmiotu leczniczego i ma z tym podmiotem zawartą umowę cywilnoprawną, szpital może zostać uznany za płatnika składek na ubezpieczenie emerytalne, rentowe, chorobowe i wypadkowe z tytułu umowy cywilnoprawnej łączącej członka personelu medycznego z innym podmiotem⁷⁷. W toku kontroli NIK nie stwierdzono działań ZUS wobec kontrolowanych szpitali, jednak trzy kontrolowane szpitale ponoszą potencjalne ryzyko takich roszczeń zatrudniając te same osoby na podstawie umowy o pracę oraz za pośrednictwem zewnętrznego podmiotu leczniczego. Działania ZUS w tym zakresie stwierdzono w toku jednej kontroli prowadzonej przez Państwową Inspekcję Pracy.

3.2 Zlecenie realizacji usług niemedycznych oraz nadzór nad ich wykonaniem

Całkowite koszty związane z zakupem usług niemedycznych (prania, sprzątnięcia, żywienia i transportu pacjentów) poniesione w latach 2012–2014 przez 11 skontrolowanych SPZOZ wyniosły 122 681,4 tys. zł, z tego koszty żywienia 45 128,0 tys. zł, koszty sprzątnięcia 38 817,5 tys. zł, koszty usług pralniczych i wynajmu bielizny szpitalnej 22 922,2 tys. zł, koszty transportu pacjentów 15 813,7 tys. zł. Mimo wysokich kwot w ujęciu bezwzględnym, koszty te stanowiły zaledwie od 0,3% do 5,1% ogółu kosztów ponoszonych przez kontrolowane szpitale (średnio 2,2%). Udział kosztów tych usług w kosztach działalności operacyjnych wzrósł w dwóch skontrolowanych jednostkach⁷⁸, w sześciu⁷⁹ stwierdzono tendencję spadkową, z tego w pięciu przypadkach nieznaczną (0,1–0,3 punktu procentowego).

Szpitale w zróżnicowanym zakresie korzystają z outsourcingu usług niemedycznych towarzyszących leczeniu szpitalnemu. Spośród skontrolowanych SPZOZ wskazać można na takie, które całkowicie

⁷⁶ Określone przez prezesa NFZ warunki umów dla poszczególnych rodzajów świadczeń stanowią, że „Harmonogramem – zasoby” zawiera świadczenia objęte przedmiotem umowy, udzielane osobiście przez osoby posiadające określone kwalifikacje; np. dla umów w zakresie leczenia szpitalnego przepisy te zawarto w §12 ust. 1 Zarządzenia Nr 89/2013/DSOZ.

⁷⁷ Zgodnie z art. 8 ust. 2a usus, za pracownika, w rozumieniu usus, uważa się także osobę wykonującą pracę na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia lub innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, albo umowy o dzieło, jeżeli umowę taką zawarła z pracodawcą, z którym pozostaje w stosunku pracy, lub jeżeli w ramach takiej umowy wykonuje pracę na rzecz pracodawcy, z którym pozostaje w stosunku pracy.

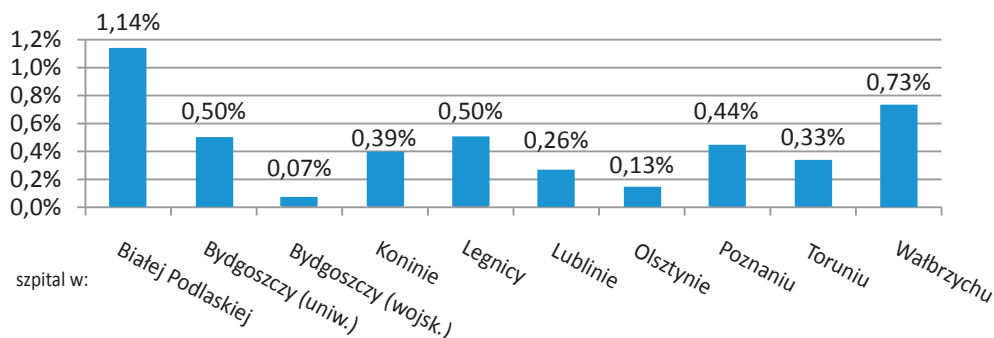
⁷⁸ Szpitalu uniwersyteckim w Bydgoszczy i szpitalu w Legnicy.

⁷⁹ Szpitalu wojskowym w Bydgoszczy, szpitalach w: Elblągu, Poznaniu, Koninie, Wałbrzychu, Białej Podlaskiej.

opierają swoje funkcjonowanie w tym zakresie na usługach zewnętrznych⁸⁰, jak i takie które do dziś samodzielnie realizują pewne świadczenia towarzyszące⁸¹. Kolejność przekazywania wykonawcom zewnętrznym poszczególnych świadczeń towarzyszących zależy od wewnętrznych uwarunkowań Szpitali, niemniej zazwyczaj najpóźniej przekazywanym na zewnątrz zadaniem jest sprzątnięcie. Spośród skontrolowanych jednostek we własnym zakresie realizują je cztery SPZOZ.

Wykres nr 9

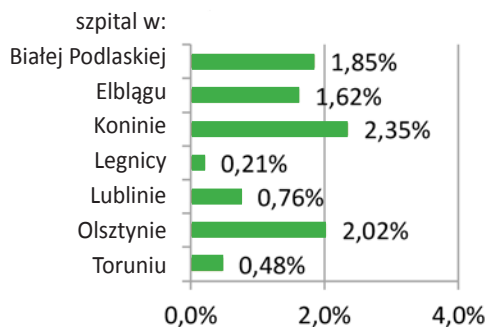
Udział kosztów usługi prania w kosztach ogółem



Źródło: Opracowanie własne na podstawie ewidencji szpitali.

Wykres nr 10

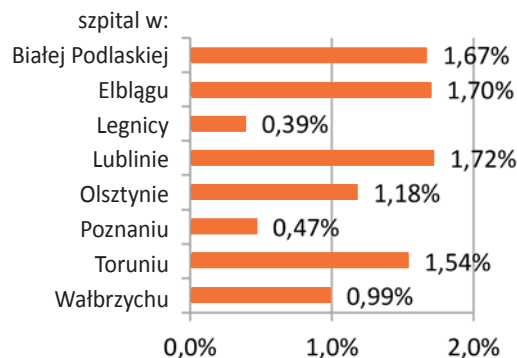
Udział kosztów usług sprzątnięcia w kosztach ogółem



Źródło: Opracowanie własne na podstawie ewidencji szpitali.

Wykres nr 11

Udział kosztów usług żywienia w kosztach ogółem



Źródło: Opracowanie własne na podstawie ewidencji szpitali.

3.2.1. Przygotowanie do udzielenia zamówień na usługi niemedyczne

Podejmowanie decyzji o korzystaniu z niemedycznych usług zewnętrznych

Powierzając realizację ww. świadczeń niemedycznych wykonawcom zewnętrznym szpitale kierują się przesłankami natury finansowo – organizacyjnej. Zazwyczaj decyzje te uwarunkowane są brakiem środków finansowych na wybudowanie i wyposażenie lub zmodernizowanie pomieszczeń i urządzeń szpitala, w szczególności dostosowanie ich do obowiązujących wymogów sanitarnych. Było to przyczyną przekazania w outsourcing usług żywienia lub prania w sześciu

⁸⁰ Szpitale w Białej Podlaskiej, Lublinie, Olsztynie (od 2013 r.), Legnicy (od 2014 r.), Toruniu (do 2014 r.).

⁸¹ Szpitale w Wałbrzychu (sprzątnięcie), Poznaniu (sprzątnięcie), Koninie (żywienie), wojskowy w Bydgoszczy (żywienie, pranie i sprzątnięcie), Elblągu (pranie), uniwersytecki w Bydgoszczy (sprzątnięcie, żywienie).

skontrolowanych jednostkach⁸². Decyzje o przekazaniu usług towarzyszących na zewnątrz są zazwyczaj decyzjami determinującymi działalność jednostek w długim horyzoncie czasowym. Często towarzyszy im likwidacja zasobów szpitala niezbędnych do samodzielnego wykonywania tych zadań. Niemniej część szpitali, m.in. w Legnicy i Wałbrzychu zdecydowała się na poszukanie kontrahentów, którzy łącznie z realizacją usługi przyjmą na siebie zobowiązanie do poniesienia nakładów inwestycyjnych na wynajmowane od szpitala pomieszczenia lub zakupią nowy sprzęt, a następnie przeniosą je na własność SPZOZ.

Ważną dla dyrektorów szpitali motywacją do skorzystania z outsourcingu usług niemedyceńskich jest również rozwiązanie problemu absencji pracowników działów zapewniających usługi sprzątnia, prania i żywienia. Powyższe umożliwiła instytucja przejścia pracowników przewidziana w art. 23¹ kp, zgodnie z którym w razie przejścia zakładu pracy lub jego części na innego pracodawcę staje się on z mocy prawa stroną w dotychczasowych stosunkach pracy. W kontrolowanym okresie z rozwiązania tego skorzystało pięć skontrolowanych szpitali⁸³, przekazując wykonawcom świadczeń towarzyszących łącznie 374 pracowników.

Wśród innych przesłanek uzasadniających skorzystanie z outsourcingu usług niemedyceńskich dyrektorzy skontrolowanych SPZOZ wskazywali m.in. na:

- zapewnienie przez kontrahentów wyższej jakości realizowanych usług, dzięki częstszemu inwestowaniu przez nich w nowoczesny sprzęt,
- możliwość skoncentrowania się (także w zakresie inwestycji) na działalności leczniczej,
- osiągnięcie korzystnych efektów finansowych.

Outsourcing usług w szpitalach zobligowanych do efektywnego i oszczędnego wydatkowania środków publicznych powinien w szczególności zapewniać osiągnięcie korzyści finansowych. Stąd też niezwykle istotnym zagadnieniem jest poprzedzenie decyzji o przyjęciu takiego systemu zabezpieczenia świadczeń rzetelnymi analizami ich opłacalności. Kontrolowane SPZOZy przeprowadzały analizy odnoszące się do ekonomiki skorzystania po raz pierwszy z usług zewnętrznych w zakresie świadczeń towarzyszących, które w części przeprowadzono przed okresem kontrolowanym. Analizy te przybierały różne formy, m.in.:

- w szpitalu w **Legnicy** stanowiły element programu restrukturyzacji szpitala i koncentrowały się na oszacowaniu redukcji kosztów realizacji poszczególnych funkcji (prania, sprzątnia, żywienia) w porównaniu do kosztów ponoszonych na dzień sporządzenia programu;
- w szpitalu w **Olsztynie** – opierały się na danych zaczerpniętych z systemu księgowego dotyczących kosztów bieżącej realizacji funkcji i polegały na wyznaczeniu progu w odniesieniu do kosztu jednostkowego, poniżej którego outsourcing jest opłacalny.

O ile dyrektorzy szpitali deklarowali przeprowadzenie analiz ekonomicznych przed podjęciem decyzji o zleceniu po raz pierwszy realizacji poszczególnych procesów na zewnątrz, to udokumentowane na piśmie analizy dotyczące opłacalności kontynuowania outsourcingu należały do rzadkości. Spośród skontrolowanych SPZOZ sporządzone zostały w ten sposób jedynie w szpitalach w Białej Podlaskiej i Poznaniu, z tego w jednym SPZOZ wyłącznie na wybrane zakresy zadań. W ocenie Izby jest to związane z przywiązaniem dyrektorów szpitali do obranej koncepcji zabezpieczenia realizacji poszczególnych funkcji i brakiem rozważań na temat jej zmiany,

⁸² Szpitalach w Legnicy, Wałbrzychu, Olsztynie, w Poznaniu, w Elblągu, uniwersyteckim w Bydgoszczy.

⁸³ Szpitale w: Białej Podlaskiej, Elblągu, Lublinie, Legnicy i Toruniu.

tj. powrotu do realizacji zadań we własnym zakresie. Brak rzetelnych analiz dotyczących kontynuacji lub rozszerzania zakresu outsourcingu stwarza ryzyko niegospodarnego wydatkowania środków publicznych.

*Urzeczywistniło się ono szpitalu w **Toruniu**. W toku kontroli ustalono, iż w związku z nierzetelnie⁸⁴ przeprowadzoną analizą opłacalności outsourcingu, SPZOZ w 2014 r. powierzył wykonawcy zewnętrznemu realizację usług sprzątnięcia i utrzymania czystości, współdziałania z personelem medycznym w zakresie opieki nad pacjentem i wykonywania prac niższego personelu za cenę łącznie o 122,1 tys. zł wyższą niż koszty wykonywania tych świadczeń we własnym zakresie. Naruszono tym zasady wydatkowania środków publicznych wynikające z art. 44 ust. 3 pkt. 1 ufp.*

Przygotowanie postępowań o zamówienie publiczne

Szczegółowemu badaniu poddano przygotowanie i przeprowadzenie 19 postępowań o zamówienie publiczne w trybie przetargu nieograniczonego⁸⁵. Ich przedmiotem były: w siedmiu przypadkach usługi pralnicze (w tym w czterech połączone z najmem bielizny szpitalnej), w pięciu przypadkach usługi transportu sanitarnego, w pięciu przypadkach usługi sprzątnięcia pomieszczeń szpitala (w tym w jednym przypadku połączone z usługą żywienia pacjentów⁸⁶), a w trzech przypadkach usługi żywienia (z uwzględnieniem ww. przypadku usługi łączonej ze sprzątnięciem).

Wszystkie kontrolowane szpitale wprowadziły przepisami wewnętrznymi regulaminy prowadzenia postępowań o zamówienie publiczne. Zawierały one m.in. określenie komórek odpowiedzialnych za poszczególne czynności związane z postępowaniem, zasady dokumentowania niektórych czynności, a przede wszystkim określały tryb pracy powoływanych komisji przetargowych.

Stwierdzono, że w toku przygotowania badanych postępowań o zamówienie publiczne prawidłowo, terminowo i rzetelnie szacowano wartość przedmiotu zamówienia, zachowując wymogi właściwe dla zamówień na usługi powtarzane okresowo, określone w art. 32 ust. 1 i 34 pzp.

W kontrolowanych szpitalach udzielających zamówień na usługi niemedyczne w trybie przetargu nieograniczonego sporządzano specyfikacje istotnych warunków zamówienia („SIWZ”). Zawierały one wszystkie elementy określone w art. 36 pzp, w szczególności: opis przedmiotu zamówienia, termin jego wykonania, opis warunków udziału w postępowaniu (wraz z opisem sposobu dokonywania oceny spełniania tych warunków), opis kryteriów, którymi zamawiający będzie się kierował przy wyborze oferty, wzór umowy lub istotne dla stron postanowienia umów. Przebieg postępowań wskazywał jednak, że nie w każdym przypadku SIWZ sporządzano rzetelnie i zgodnie z przepisami. Dowodzą tego liczne zmiany jego istotnych postanowień, które dokonano w ośmiu z 19 badanych postępowań, w tym w jednym przypadku – postępowania prowadzonego w szpitalu w Legnicy, w wyniku uchwały Krajowej Izby Odwoławczej wydanej po wniesieniu odwołania, o którym mowa w art. 180 pzp. Niemniej, po dokonaniu powyższych modyfikacji, SIWZ w badanych postępowaniach zawierały postanowienia zgodne z pzp.

⁸⁴ Szpital w analizie uwzględnił koszty zastępstw urlopowych i zastępstw za pracowników przebywających na zwolnieniach chorobowych, które dotychczas nie były ponoszone, uwzględnił koszty nagród jubileuszowych należne do wypłaty po okresie obowiązywania aneksu, przyjął w pełnej wysokości koszt zakupu sprzętu do pielęgnacji terenów zielonych nie uwzględniając okresu ekonomicznej użyteczności tych środków trwałych, założył podwyższenie wynagrodzenia minimalnego wszystkim przekazanym pracownikom, mimo iż konieczność taka występowała tylko w sześciu z 27 przypadków.

⁸⁵ Przyjęto zasadę doboru celowego, w którym kontrolujący kierowali się wartością udzielonych zamówień oraz wynikami przeglądu skarg pacjentów i wyników kontroli zewnętrznych.

⁸⁶ Ponadto w trzech przypadkach połączone z usługami niższego personelu medycznego (czynnościami m.in. salowych i sanitariuszy), a czterech przypadkach połączone z usługami transportu wewnętrznego.

Uregulowania ustawowe nie określają terminu, w jakim należy przygotować i ogłosić postępowanie. Objęte badaniem usługi niemedyczne są niezbędne przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, zatem w przypadku, gdy szpital zaprzestaje realizacji tych zadań we własnym zakresie, jest zobowiązany zapewnić ich ciągłą realizację przez zewnętrznych usługodawców. Dlatego w ocenie NIK szpitale winny wszcząć postępowanie o zamówienie publiczne w terminie gwarantującym zawarcie nowej umowy na daną usługę jeszcze przed zakończeniem umowy poprzednio obowiązującej. Rzetelność wymaga, aby zamawiający przewidział prawidłowo czas na przeprowadzenie wszystkich wymaganych czynności w postępowaniu oraz odpowiednią rezerwę na wszelkie typowe okoliczności mogące wydłużyć przebieg postępowania o zamówienie publiczne, w tym wnoszenie odwołań na treść ogłoszenia i SIWZ, jak i na rozstrzygnięcie postępowania. Dobrą praktyką byłoby też pozostawienie czasu niezbędnego do przeprowadzenia kolejnego postępowania, w przypadku gdyby pierwsze dotknięte było wadą wymagającą jego unieważnienia. Trudno jednoznacznie wskazać długość okresu niezbędnego do przeprowadzenia każdego postępowania, gdyż zależy on m.in. od szacowanej wartości przedmiotu zamówienia, wymagań stawianych oferentom i konkurencji na rynku danych usług. Biorąc jednak pod uwagę terminy przewidziane w pzp dla poszczególnych czynności w postępowaniu⁸⁷ oraz przeciętny termin rozpatrywania odwołania⁸⁸ za nierzetelne należy uznać przeznaczenie mniej niż trzech miesięcy na postępowanie o zamówienie publiczne o szacowanej wartości, która wymaga publikacji ogłoszenia w dzienniku urzędowym Unii Europejskiej. Tymczasem spośród 15 zbadanych w toku kontroli postępowań ponadprogowych, jedno wszczęto na mniej niż dwa miesiące przed planowanym terminem rozpoczęcia realizacji zadań, a kolejne cztery – od dwóch do trzech miesięcy przed tym terminem.

Zbyt późne przygotowanie i wszczęcie postępowań o udzielenie zamówienia publicznego może skutkować niedozwolonym dzieleniem zamówień na części lub zawieraniem umów w trybach niekonkurencyjnych przy niezachowaniu przesłanek ustawowych. Sama bowiem konieczność zapewnienia usług niemedycznych nie stanowi podstawy do niestosowania określonych w pzp trybów podstawowych, tj. przetargu nieograniczonego lub ograniczonego.

W toku kontroli stwierdzono przypadki, gdy niewłaściwe planowanie czasu na przygotowanie i przeprowadzenie postępowania prowadziło do naruszeń pzp. I tak:

- w szpitalu w **Ełblągu** w związku z przedłużaniem się i unieważnieniem prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego postępowania o zamówienie publiczne na usługę sprzątnięcia oraz w okresie przeprowadzania kolejnego postępowania, dotychczasowemu wykonawcy usług udzielono w trybie z wolnej ręki trzech zamówień o łącznej wartości 1 661,1 tys. zł, mimo iż nie wystąpiły okoliczności uzasadniające skorzystanie z trybu niekonkurencyjnego. Szpital – jako podstawę dokonania tych czynności – wskazywał art. 67 ust. 1 pkt 1 lit. a pzp (tj. usługa może być świadczona tylko przez jednego wykonawcę z przyczyn technicznych) lub art. 67 ust. 1 pkt 3 pzp (tj. ze względu na wyjątkową sytuację niewynikającą z przyczyn leżących po stronie zamawiającego, której nie mógł on przewidzieć).

Zgodnie z utrwalonym orzecznictwem sądów⁸⁹, przesłanki do zastosowania trybu z wolnej ręki muszą mieć charakter obiektywny, a nie wynikać z przekonania zamawiającego. Możliwość wykonania zamówienia przez

⁸⁷ Dla przetargu ograniczonego art. 43 pzp określa termin składania ofert, który w zależności od wartości zamówienia oraz sposobu przekazania ogłoszenia (oraz dokonania odpowiedniego wstępnego ogłoszenia informacyjnego) wynosi od 7 do 47 dni; art. 182 pzp określa terminy na składanie odwołań.

⁸⁸ Terminy oczekiwania na rozprawę i rozpatrzenia odwołania określone w publikowanych na stronie <http://www.uzp.gov.pl/kio/dokumenty/informacje-roczne-kio>. Informacje o działalności Krajowej Izby Odwoławczej za lata 2012–2014 wskazują, że czynności te przeciętnie trwają około miesiąca.

⁸⁹ Wyrok NSA w Warszawie z 11 stycznia 2012 r. sygn. akt GSK 1411/10, oraz powołane w nim wyroki NSA, tj. m.in.: z 11 czerwca 2011 r. (sygn. akt II GSK 688/10) oraz z 7 grudnia 2010 r. (sygn. akt. II GSK 1002/09).

jednego wykonawcę nie determinują względy gospodarcze i organizacyjne, czy też skomplikowany charakter zamówienia, a wyłącznie sytuacja faktyczna, w której na rynku występuje tylko jeden monopolista świadczący daną usługę. Wystąpienie sytuacji, której nie można przewidzieć oznacza wystąpienie zdarzenia niezależnego od zamawiającego, losowego i o małym prawdopodobieństwie wystąpienia (np. katastrofy lub awarie). Tymczasem usługa sprzątnia jest powszechnie dostępna i nie istnieją żadne przyczyny techniczne wymagające udzielenia zamówienia dotychczasowemu wykonawcy. Przedłużanie postępowania w wyniku wniesienia odwołania lub jego unieważnienie, nie są zaś przyczyną niedającą się przewidzieć⁹⁰.

- w szpitalu w **Legnicy** zmieniono koncepcję realizacji usług sprzątnia dążąc do zlecenia na zewnątrz nie tylko zadania utrzymania w czystości ciągów komunikacyjnych, lecz również innych pomieszczeń. Przedłużające się czynności związane z przygotowaniem postępowania na kompleksową usługę sprzątnia połączoną z przekazaniem w trybie art. 23¹ Kodeksu pracy części zakładu pracy, w tym pracowników, spowodowały że szpital nie zdążył przygotować nowego postępowania przed zakończeniem poprzedniej umowy. Rozpoczęty przetarg nieograniczony uległ znacznemu wydłużeniu, a ostatecznie szpital został zmuszony do jego unieważnienia, ogłoszenia następnego przetargu i jego rozstrzygnięcia. W okresie występowania tych trudności (kwiecień–wrzesień 2013 r.) najpierw udzielono dotychczasowemu wykonawcy usługi sprzątnia, wybranemu w trybie przetargu nieograniczonego, zamówienia uzupełniającego, którego wartość – niezgodnie z art. 67 ust. 1 pkt. 6 pzp – przekraczała 50% zamówienia podstawowego, następnie zawarto z tym samym wykonawcą umowę bez stosowania pzp, a potem wydłużono okres jej obowiązywania.

Stanowiło to niedozwolony podział zamówienia o wartości 78,2 tys. zł na części celem obejścia przepisów pzp, a zatem naruszało art. 32 ust. 2 pzp.

Ponadto w szpitalu w **Koninie** w związku z rozwiązaniem umowy na transport sanitarny zawarto z tym samym wykonawcą, w dniach 6 i 11 lutego 2013 r. dwie umowy na zbliżone zakresie usługi transportu sanitarnego, bez szacowania ich wartości. Poniesione na podstawie umów wydatki w kwocie 96,7 tys. zł zobowiązywały do przeprowadzenia postępowania w trybach określonych w pzp. Stanowiło to także niedozwolony podział zamówienia, o którym mowa w art. 32 ust. 2 pzp.

3.2.2. Prowadzenie postępowań o zamówienia publiczne i zawieranie umów na usługi niemedyczne

Prowadzenie postępowań o zamówienie publiczne

We wszystkich badanych postępowaniach o zamówienie publiczne powoływano komisje przetargowe, które wykonywały czynności przewidziane w pzp i wewnętrznych regulaminach. Członkowie komisji i inne osoby wykonujące czynności w postępowaniu składały oświadczenia o określonych w art. 17 pzp okolicznościach wskazujących na konieczność ich wykluczenia lub ich braku.

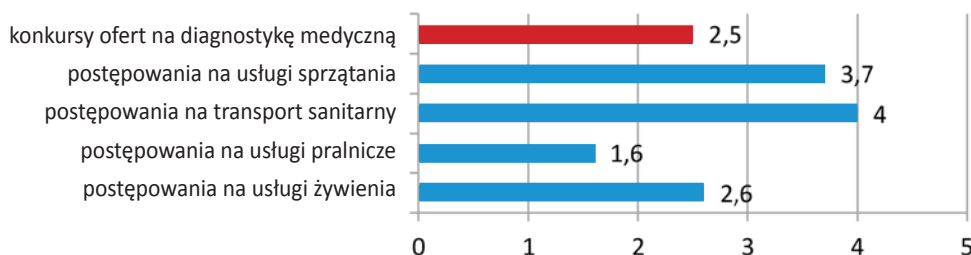
Nie stwierdzono istotnych naruszeń jawności postępowań o zamówienia publiczne. Kontrolowane szpitale prawidłowo przekazywały do publikacji ogłoszenia o udzielaniu zamówienia, (tj. w czterech przypadkach w Biuletynie Zamówień Publicznych oraz w 15 przypadkach w dzienniku urzędowym Unii Europejskiej). W każdym przypadku ogłoszenia zamieszczano także na stronie internetowej i na tablicy ogłoszeń kontrolowanych szpitali. Nieprawidłowości w treści ogłoszeń stwierdzono wyłącznie w dwóch postępowaniach prowadzonych przez szpital w Toruniu, który w ogłoszeniach o zamówieniu zamieszczanych na swojej stronie internetowej nie opublikował części informacji wymaganych art. 40 ust. 6 pkt 3 oraz art. 41 pkt 4 pzp. W każdym przypadku wykonawcom udostępniono także SIWZ. W przypadku 14 badanych postępowań, gdy oferenci zwrócili się o wyjaśnienie treści SIWZ, kontrolowane szpitale dokonały tej czynności zgodnie z art. 38 pzp, a w każdym z 10 stwierdzonych przypadków zmian SIWZ dokonano z zachowaniem uregulowań zawartych w tym przepisie.

⁹⁰ Przykładowo w 2014 r. do Krajowej Izby Odwoławczej wpłynęło 2836 odwołań, a 588 z 2619 (tj. 22,5%) rozpatrzonych odwołań zostało uwzględnionych, co wynika z Informacji o działalności Krajowej Izby Odwoławczej, stanowiącej załącznik nr 1 do Uchwały Nr 1/2015 Zgromadzenia Ogólnego Krajowej Izby Odwoławczej z dnia 25 czerwca 2015 r.

Liczba składanych ofert wskazuje na konkurencję na rynku badanych usług niemedycechnych. Tylko w 4 postępowaniach wpłynęła jedna oferta. Średnio w postępowaniach o zamówienie publiczne wpływało 2,8 oferty. Dane o liczbie ofert składanych w konkurencyjnych trybach pzp, w porównaniu do liczby ofert w konkursach na diagnostykę medyczną, przedstawiono w poniższej tabeli.

Wykres nr 12

Średnia liczba złożonych ofert w toku konkurencyjnych procedur nabywania usług



Źródło: Opracowanie własne na podstawie dokumentacji badanych postępowań i konkursów ofert.

Kontrola nie wykazała nieprawidłowości związanych z weryfikacją wykonawców ubiegających się o udzielenie zamówienia w zakresie określonym w art. 24 pzp. Jedynie w toku kontroli w szpitalu w Toruniu stwierdzono nieprawidłowość polegającą na niewykluczeniu z prowadzonego postępowania na świadczenie usług transportu pacjentów dwóch wykonawców, którzy mimo wezwania nie uzupełnili ofert o licencję na wykonywanie krajowego transportu drogowego osób, tj. o wymagany SIWZ dokument potwierdzający uprawnienia do wykonywania działalności będącej przedmiotem zamówienia. Tym samym szpital zawierając umowę o wartości 381,3 tys. zł z wykonawcą, który nie miał uprawnień do wykonywania usług będących jej przedmiotem, naruszył art. 24 ust. 2 pkt 4 w zw. z art. 22 ust. 1 pkt 1 pzp. W pozostałych przypadkach komisje konkursowe prawidłowo dokonywały weryfikacji ofert. W przypadku czterech postępowań, z których wykluczani byli wykonawcy lub odrzucano oferty, czynności tych dokonywano prawidłowo, z zachowaniem art. 24 ust. 1, 2 i 2a pzp, art. 89 ust. 1 pzp oraz art. 92 ust. 1 pkt 2 i 3 pzp. Podkreślenia przy tym wymaga, że dokumenty potwierdzające spełnienie warunków do udziału w postępowaniu, będące podstawą ocen dokonywanych przez komisje, były żądane przez zamawiających nawet w przypadkach, gdy nie obowiązywały ich do tego przepisy pzp. Ich przedłożenie przez oferentów było wymagane w 17 spośród 19 badanych postępowań, w tym w dwóch przypadkach zamówień na wartości poniżej tzw. progów unijnych.

Komisje prawidłowo dokonywały oceny ofert, wybierając najkorzystniejszą z nich, z zachowaniem przyjętego kryterium, którym w 16 przypadkach była wyłącznie cena, w dwóch cena wraz z parametrami jakościowymi, a w jednym cena wraz z proponowaną stawką czynszu za wynajem pomieszczeń.

Sporządzane przez komisje przetargowe protokoły z postępowania zawierały informacje określone w art. 96 pzp oraz stosownych przepisach wykonawczych⁹¹. W toku przygotowania i prowadzenia badanych postępowań zachowywano zasadę pisemności, o której mowa w art. 9 ust. 1 pzp. Zamawiającym przekazywano zawiadomienia o wyborze najkorzystniejszej oferty wymagane art. 92 ust. 1 pkt. 1 pzp z zachowaniem art. 27 pzp, a także publikowano je w sposób określony w art. 92 ust. 2 pzp.

⁹¹ Określonych w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 26 października 2010 r. w sprawie protokołu postępowania o udzielenie zamówienia publicznego (Dz. U. Nr 223, poz. 1458).

W czterech badanych postępowaniach o zamówienie publiczne, w których wniesiono odwołania, działania zamawiającego były zgodne z art. 185 i 186 pzp, jednak tylko w jednym przypadku odwołanie zostało uwzględnione przez Krajową Izbę Odwoławczą.

Poza wskazanym wyżej postępowaniem na usługi transportu pacjentów prowadzonym przez szpital w Toruniu, w toku przygotowania lub prowadzenia postępowania nie stwierdzono przypadków nierównego traktowania wykonawców naruszających zasadę określoną w art. 7 ust. 1 pzp.

Udzielenie zamówienia na usługi niemedyczne, postanowienia i zmiany umów

Umowy z wybranymi wykonawcami zawierano w terminach uwzględniających wymogi określone w art. 94 ust. 1 i 2 pzp, art. 146 pzp oraz 183 pzp. Postanowienia zawieranych umów były tożsame z warunkami określonymi w SIWZ oraz ofertami wykonawców.

Wszystkie objęte badaniem umowy zawarte przez kontrolowane szpitale po przeprowadzeniu postępowań w trybie przetargu nieograniczonego zawierały postanowienia zabezpieczające prawidłowe wykonanie zleczonych usług niemedycznych, i tak:

- w 18 przypadkach przewidziano możliwość nałożenia na wykonawcę kar umownych w przypadku nienależytego wykonania przedmiotu umowy;
- w siedmiu przypadkach zobowiązano wykonawców do wniesienia zabezpieczenia należytego wykonania umowy w wysokości od 2% do 5% wartości umowy;
- w 16 przypadkach określono zasady dokonywania kontroli wykonywanych usług, obejmujące w 14 przypadkach okresowe kontrole zleczonych czynności prowadzone przez pracowników szpitala, a w siedmiu przypadkach okresowe zlecenie badań mikrobiologicznych pomieszczeń, wyposażenia lub sprzętu.

Szpitala w bardzo zróżnicowany sposób określały w umowach zakres stosowania kar umownych i ich wysokość⁹². W siedmiu zbadanych przez NIK umowach zaznaczono jedynie ogólnie, że zamawiającemu przysługuje kara z tytułu nienależytego wykonania przedmiotu zamówienia lub naruszenia jakiegokolwiek postanowienia umowy. W 11 umowach stwierdzono natomiast bardziej szczegółowe postanowienia dotyczące nałożenia kar umownych. Dotyczyły one m.in.: naruszeń terminowości wykonywania usług, uchybień w wykonaniu usług stwierdzonych przez organy nadzoru, uchybień stwierdzonych przez pracowników szpitala, uzasadnionych skarg pacjentów, nieprawidłowości stwierdzonych w wyniku badań mikrobiologicznych, stosowania wyrobów lub urządzeń niezgodnych z umową. Odrębną kategorią były kary z tytułu odstąpienia od umowy lub zaprzestania realizacji zadań, które określono w 19 objętych badaniem umowach. Podkreślenia przy tym wymaga, że szpitale zabezpieczały się przed ryzykiem zaprzestania realizacji umowy przez wykonawcę również poprzez wprowadzenie do umowy zapisów o możliwości zlecenia zastępczego wykonania świadczenia przez innego wykonawcę i obciążenia kontrahenta kosztami tego zlecenia. Wysokość kar za nienależyte wykonanie umowy ustalano najczęściej procentowo w odniesieniu do wartości umowy (od 0,1% do 1%) lub procentowo w odniesieniu do wynagrodzenia miesięcznego (od 1 do 30%).

Szczególnie istotnym elementem zabezpieczenia interesów szpitali było określenie w umowach uprawnień kontrolnych pozwalających w bezpośredni lub pośredni sposób ocenić jakość realizacji

⁹² Np. wysokość kar określono na: 2% w szpitalach w: Toruniu (usługi sprzątnia), Białej Podlaskiej (usługi sprzątnia); 3% w szpitalu w Lublinie (usługi żywienia i sprzątnia) i Elblągu (usługi sprzątnia); 4% w szpitalu w Olsztynie (usługi pralnicze); 5% w szpitalu w Białej Podlaskiej (usługi pralnicze). Za mniej istotne uchybienia określano kary także w wartościach kwotowych. Wyższe kary (najczęściej 10% jej wartości) przewidywano za zerwanie lub odstąpienie od umowy.

zleconych zadań. Obok postanowień o sprawowaniu bezpośredniego nadzoru nad zleconymi zadaniami, w umowach przewidywano mechanizmy kontroli przeprowadzanej okresowo. W większości zbadanych umów zapewniono sobie możliwość weryfikacji każdej objętej umową procedury, a w pozostałych przypadkach wskazywano, że kontrolą zostaną objęte procedury, materiały lub wyposażenie najistotniejsze dla danych usług. W części umów zastrzeżono ponadto prawo do oceny jakości wykonywanych usług w oparciu o wyniki badań mikrobiologicznych odpowiednio: upranej bielizny szpitalnej, sprzętniętych pomieszczeń i urządzeń, pomieszczeń lub wyposażenia kuchni, innych wykorzystywanych urządzeń.

Nie stwierdzono, aby w umowach z wykonawcami usług zewnętrznych określano mechanizmy zapewniające udział pacjentów w ocenie jakości.

Nawet w szpitalach, w których ankietowano pacjentów⁹³ w zakresie satysfakcji z pobytu i leczenia w szpitalu, wyniki tych ankiet nie miały określonego umowami wpływu na sankcje czy działania nadzorcze podejmowane wobec wykonawców. Należy jednak zaznaczyć, że ankiety były wykorzystywane przez pracowników szpitali. Przykładowo w szpitalu w Toruniu najistotniejsze uwagi zawarte w ankietach przekazywano wykonawcy na comiesięcznych spotkaniach. Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że uwzględnienie wyników ankiet pacjentów w przewidzianych umowami zasadach weryfikacji jakości wykonywanych usług jest podstawowym sposobem na zapewnienie wyższej od minimalnej jakości świadczonych usług, np. podawania przez wykonawcę smacznych posiłków.

W toku kontroli nie stwierdzono przypadków dokonania istotnych zmian postanowień umów z naruszeniem art. 144 pzp. Możliwość i warunki dokonania zmiany w każdym z sześciu stwierdzonych w toku kontroli przypadków przewidziane były w ogłoszeniu o zamówieniu lub SIWZ.

Stwierdzono natomiast nieprawidłowości przy udzielaniu zamówień uzupełniających, i tak:

- w szpitalu w **Legnicy** udzielono zamówienia uzupełniającego dotychczasowemu wykonawcy usługi sprzątnięcia z naruszeniem art. 67 ust. 1 pkt. 6 pzp (szczegóły: pkt 3.2.1. str. 58);
- w szpitalu w **Toruniu** naruszono określone w art. 8 ust. 1 i art. 9 ust. 1 pzp zasady jawności i pisemności postępowania przy udzielaniu w okresie od marca 2013 r. do czerwca 2014 r. trzech zamówień uzupełniających o łącznej wartości 1 414,7 tys. zł na usługi sprzątnięcia wraz z usługami niższego personelu. W szczególności: nie sporządzono protokołów postępowania, osoby uczestniczące w przeprowadzeniu zamówienia nie złożyły oświadczeń o braku istnienia okoliczności, o których mowa w art. 17 ust. 1 pzp, nie dochowano obowiązków w zakresie publikacji ogłoszeń o udzielonym zamówieniu, a w jednym przypadku nie przekazano Prezesowi Urzędu Zamówień Publicznych zawiadomienia o wszczęciu postępowania, czym naruszono art. 67 ust. 2 pzp.

Realizacja objętych badaniem usług niemedyceńskich w 10 skontrolowanych szpitalach związana była z wykorzystaniem przez zewnętrznych usługodawców majątku szpitala. W każdym przypadku następowało to odpłatnie, na podstawie umowy najmu lub dzierżawy, zgodnie z art. 54 ust. 2 udl. Poza jednym przypadkiem, gdy wynajęto pomieszczenia kuchni wraz z jej wyposażeniem, zewnętrzni usługodawcy korzystali wyłącznie z pomieszczeń: kuchni, pralni lub pomieszczeń socjalnych. Warunki najmu lub dzierżawy były określane przez kontrolowane szpitale już w SIWZ, co zapewniało równe traktowanie oferentów.

⁹³ Szpitalach w Bydgoszczy (wojskowym), Elblągu, Lublinie, Olsztynie, Toruniu i Wałbrzychu.

Zamawianie usług transportu pacjentów w trybie konkursu ofert

Najczęściej stwierdzaną w toku kontroli nieprawidłowością w zakresie zlecenia usług niemedycznych było dokonywanie wyboru wykonawcy usług transportu pacjentów (sanitarnego) w trybie konkursu ofert, o którym mowa w art. 26 udl. Nastąpiło to w kontrolowanych szpitalach w Elblągu, Olsztynie, Poznaniu i Lublinie, a wartość udzielonych zamówień wynosiła odpowiednio 307,5 tys. zł, 153,6 tys. zł, 2 232,3 tys. zł i 836,1 tys. zł.

Tymczasem transport sanitarny nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Jest to czynność pomocnicza wykonywana w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, lecz nie będąca ich częścią, co wynika wprost z definicji określonych w art. 5 pkt 33a, 34, 38 i 40 uosz. Transport sanitarny nie będąc świadczeniem zdrowotnym nie podlega wyłączeniu ze stosowania pzp, przewidzianemu w art. 26 ust. 5 udl. Tym samym udzielenie zamówienia na transport sanitarny w trybie konkursu ofert stanowi naruszenie art. 7 ust 3 pzp w zw. z art. 3 ust.1 pkt 1 tej ustawy. Dyrektorzy szpitali wyjaśniali, że przyczyną nieprawidłowości w tym zakresie była mylna interpretacja przepisów lub wynikające z poprzednio obowiązujących przepisów przyzwyczajenie do udzielania zamówień na transport sanitarny w trybie konkursu ofert. Nadmienić przy tym należy, że w okresie objętym kontrolą nastąpiła istotna poprawa działalności szpitali w tym zakresie. W trzech spośród czterech szpitali, w których stwierdzono niewłaściwe zamawianie usług transportu sanitarnego, kolejne umowy zawarte już zostały w trybach określonych w pzp.

3.2.3. Nadzór nad prawidłową realizacją usług niemedycznych

Kontrolowane szpitale zatrudniały osoby odpowiedzialne za sprawowanie stałego nadzoru epidemiologicznego (m.in. pielęgniarki epidemiologiczne) oraz nadzór nad żywieniem pacjentów (dietetyków), które skupiano w jednej komórce lub zatrudniano w poszczególnych komórkach prowadzących leczenie. W przypadku korzystania z usług zewnętrznych w zakresie żywienia lub sprzątnia, osobom zatrudnionym w tych komórkach powierzano nadzór nad realizacją usług. Nadzór nad usługami sprzątnia, szczególnie gdy były one łączone z usługami niższego personelu medycznego, powierzano również Naczelnym Pielęgniarkom, a także za ich pośrednictwem lub bezpośrednio Pielęgniarkom Oddziałowym i średniemu personelowi medycznemu (głównie pielęgniarkom i położnym). Nadzór nad usługami sprzątnia powierzano także pracownikom komórek odpowiedzialnych za utrzymanie obiektów i wyposażenia szpitala (działów administracyjnych, czy eksploatacyjnych). Pracownicy tych komórek wraz z pracownikami działów epidemiologicznych nadzorowali usługi transportu.

Organem nadzoru nad warunkami zdrowotnymi żywności i żywienia oraz nad warunkami higieniczno-sanitarnymi, jakie powinien spełniać personel medyczny, sprzęt oraz pomieszczenia, w których są udzielane świadczenia zdrowotne, jest Państwowa Inspekcja Sanitarna (dalej: „Inspekcja”). Kontrolowane szpitale poddawane były systematycznemu nadzorowi ze strony Inspekcji. Większość z przeprowadzonych kontroli nie wykazała nieprawidłowości. Drobne uchybienia stwierdzono w szpitalach w: Białej Podlaskiej, Legnicy i Toruniu, przy czym tylko w przypadku szpitala w Białej Podlaskiej nałożono na wykonawcę sankcję w postaci mandatu karnego.

Izba ustaliła, że pracownicy kontrolowanych szpitali podejmowali działania nadzorcze i kontrolne wobec wszystkich wykonawców usług niemedycznych. Ponadto w sześciu szpitalach wykonywano lub uzyskiwano badania mikrobiologiczne dotyczące przedmiotu wykonywanych usług niemedycznych.

*Przykładowo w szpitalu w **Lublinie** kontrole jakości żywienia były przeprowadzane raz w tygodniu oraz doraźnie. W 2014 r. przeprowadzono 80 takich kontroli. Kontrole czystości pomieszczeń służących udzielaniu świadczeń zdrowotnych prowadzone były na bieżąco przez personel medyczny, a dział epidemiologiczny szpitala dokonywał miesięcznych kontroli w tym zakresie. Dział epidemiologii z laboratorium szpitala w **Wałbrzychu** przeprowadził m.in. siedem kontroli mikrobiologicznych w magazynach bielizny czystej.*

Wykrycie przez pracowników szpitali nieprawidłowości w realizacji usług niemedycechnych skutkować powinno wyciągnięciem przewidzianych w umowie z wykonawcami sankcji. Ustalenia kontroli potwierdzają podejmowanie przez SPZOZ działań w tym zakresie. W dwóch kontrolowanych szpitalach na wykonawców usług niemedycechnych nałożone zostały kary pieniężne z tytułu nienależytego wykonywania usług, a w jednej jednostce podjęto czynności zmierzające do odstąpienia od umowy z winy wykonawcy. Działania te zakończyły się jednak niepowodzeniem.

*W związku z niezachowaniem wymaganych umową warunków zgłaszania nieprawidłowości dotyczących jakości usługi żywienia, szpital w **Poznaniu** musiał zrezygnować z wymierzenia wykonawcy kar umownych w kwocie 30 tys. zł oraz z odstąpienia od umowy z winy wykonawcy. Zamiast tego zmuszony został do rozwiązania umowy z nierzetelnym wykonawcą za obustronnym porozumieniem i dochodzenie kar na kwotę o 12 tys. zł niższą.*

Przeprowadzane przez Izbę badania zgodności realizacji usług niemedycechnych z umowami zawartymi przez kontrolowane szpitale, nie wykazało istotnych nieprawidłowości. Weryfikowano m.in. nadzór nad procedurami sprzątnia, dochowanie wymogów w zakresie produkcji i dostarczania posiłków, terminowość wykonywania usług pralniczych, dostarczanie odpowiedniego asortymentu wynajmowanej bielizny.

*Uchybienia stwierdzono jedynie w przypadku nadzoru sprawowanego przez szpital w **Toruniu** nad wykonywaniem usług sprzątnia. Ustalono, że pracownik wykonawcy nie znał i nie przestrzegał w pełnym zakresie procedur sprzątnia określonych w instrukcjach stanowiskowych stanowiących załącznik do umowy z wykonawcą.*

Nie stwierdzono nieprawidłowości przy weryfikacji przez pracowników szpitali faktur wystawionych przez podmioty wykonujące usługi niemedycechny. W kontrolowanych szpitalach zapewniono, aby płatności w każdym przypadku były dokonywane za faktycznie wykonane zadania, w stawkach wynikających z zawartych umów. Nieterminowe, naruszające postanowienia umów, płatności na rzecz wykonawców usług niemedycechnych stwierdzono w przypadku czterech szpitali (w: uniwersyteckim w Bydgoszczy, Legnicy, Lublinie i Poznaniu), co naruszało art. 44 ust. 3 pkt 3 upf i mogło skutkować naliczeniem przez usługodawców odsetek za zwłokę, a także obniżeniem ich motywacji do rzetelnej realizacji zadań. Kontrola wykazała jednak, że wykonawcy usług niemedycechnych nie zawsze dochodzą od szpitali przysługujących im odsetek za zwłokę z tytułu nieterminowych płatności. Opóźnienia w zapłacie zobowiązań skutkowały ich naliczeniem w przypadku dwóch szpitali – w Legnicy i w Bydgoszczy (uniwersyteckim) odpowiednio na kwoty 2,9 tys. zł i 32,6 tys. zł. Podkreślenia przy tym wymaga, że nawet w tych przypadkach wykonawcy usług skłonni są nie dochodzić odsetek w pełnej wysokości. I tak wykonawca usług pralniczych wystawiając noty odsetkowe dla szpitala uniwersyteckiego w Bydgoszczy obniżył ich wysokość o od 40% do 50%.

4.1 Organizacja, metodyka i przebieg kontroli

Kontrolę poprzedzono analizą publikacji prasowych oraz istotnych z punktu widzenia tematu kontroli uwarunkowań prawnych. Do jej przygotowania wykorzystano również wyniki wcześniejszych kontroli⁹⁴ NIK dotyczących problematyki zamawiania przez szpitale usług medycznych i niemedyycznych, w szczególności wyniki kontroli rozpoznawczej R/14/002 *Korzystanie przez Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu z usług zewnętrznych w leczeniu szpitalnym*.

Kontrolę przeprowadzono w okresie od 27 kwietnia 2015 r. do 28 sierpnia 2015 r. w dziesięciu szpitalach na obszarze pięciu województw: dolnośląskiego, kujawsko-pomorskiego, lubelskiego, warmińsko-mazurskiego i wielkopolskiego, przy udziale właściwych terytorialnie Delegatur NIK. Doboru jednostek do kontroli dokonała koordynująca kontrolę Delegatura NIK w Bydgoszczy, w sposób celowy, biorąc pod uwagę wysokość kontraktów z NFZ na leczenie szpitalne w latach 2012–2014, wartość poniesionych przez SPZOZ w ww. okresie kosztów usług zewnętrznych oraz ilość zorganizowanych przez nie postępowań konkursowych na świadczenia zdrowotne i zamówień publicznych na usługi niemedyczne związane z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Badaniami kontrolnymi objęto procesy zamawiania świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmioty lecznicze i personel medyczny oraz usług niemedyycznych związanych z leczeniem szpitalnym, nadzór nad zleconymi procesami, rozliczenia finansowe z wykonawcami i podwykonawcami oraz ewentualne skutki niewłaściwego wykonania zleconych zadań.

W toku kontroli, na podstawie art. 12 ust. 3 ustawy o NIK, ośmiu wojewodom⁹⁵ będącym organami prowadzącymi rejestr podmiotów leczniczych, zlecono przeprowadzenie kontroli u 15 podwykonawców kontrolowanych SPZOZ⁹⁶. Ponadto, w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK, zasięgano informacji od podmiotów niekontrolowanych m.in. na potrzeby weryfikacji czasu udzielania świadczeń przez personel medyczny.

Po zakończeniu czynności kontrolnych do kierowników jednostek kontrolowanych wystosowano 10 wystąpień pokontrolnych, w których sformułowano ogółem 54 wnioski, z czego zrealizowano 50, w trakcie realizacji są trzy, a jednego nie zrealizowano. We wnioskach tych NIK wносиła m.in. o:

- stosowanie procedury konkursu ofert przy zamawianiu świadczeń zdrowotnych udzielanych przez personel medyczny i podmioty lecznicze w każdym przypadku wymaganym prawem;
- zlecenie realizacji świadczeń zdrowotnych podmiotom leczniczym wykonującym działalność w rodzaju lub zakresie zgodnym z przedmiotem zamówienia;
- rzetelne przygotowywanie, prowadzenie i dokumentowanie postępowań konkursowych na udzielanie świadczeń zdrowotnych, z uwzględnieniem przepisów regulujących przeprowadzenie konkursów ofert, w tym publikowanie ogłoszeń o udzieleniu zamówienia na świadczenia zdrowotne;

⁹⁴ P/08/141 Żywnienie i utrzymanie czystości w szpitalach publicznych, P/12/142 Kontrola świadczeniodawców i weryfikacja wykonania zakontraktowanych świadczeń opieki zdrowotnej przez NFZ, S/13/006 Nadzór nad Miejskim Zespołem Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o. z siedzibą we Włocławku, S/13/005 Kontrola gospodarki finansowej Publicznego Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Inowrocławiu, S/09/006 Prawidłowość udzielania zamówień na świadczenia zdrowotne przez Szpital Uniwersytecki Nr 2 im. J. Bizuela w Bydgoszczy w latach 2006–2009.

⁹⁵ Wojewodom: Dolnośląskiemu, Kujawsko-Pomorskiemu, Lubelskiemu, Małopolskiemu, Mazowieckiemu, Opolskiemu, Warmińsko-Mazurskiemu, Wielkopolskiemu.

⁹⁶ Wojewodowie wykonali na zlecenie NIK ogółem 16 kontroli, w tym dwie w jednym podmiocie (ich zakres dotyczył różnych przedsiębiorstw tego podmiotu).

- zawieranie w umowach na udzielanie świadczeń zdrowotnych wszystkich elementów wymaganych udl oraz wartości przedmiotu umowy;
- zapewnienie rzetelnego nadzoru i prawidłowego rozliczania usług wykonywanych przez podmioty lecznicze i personel medyczny zatrudniony w oparciu o umowy cywilnoprawne;
- zgłaszanie NFZ podwykonawców przy udziale których Szpital udziela świadczeń zdrowotnych, celem ich uwzględnienia w odpowiednich załącznikach do umów z NFZ;
- podjęcie działań ukierunkowanych na wyeliminowanie nadmiernego obciążenia lekarzy realizujących umowy cywilnoprawne ilością godzin dyżurowych;
- zapewnienie jednolitego traktowania podmiotów leczniczych i personelu lekarskiego wykonującego umowy cywilnoprawne w zakresie odpłatności za wykorzystywanie pomieszczeń, wyposażenia i sprzętu szpitala;
- dokonanie korekty rozliczenia z lekarzami celem uzyskania nadpłaconych kwot;
- podjęcie działań w celu wyeliminowania nieprawidłowego zabezpieczenia obsady personelu medycznego w oddziale;
- udostępnianie majątku szpitala wyłącznie na warunkach określonych przez podmiot tworzący, a w szczególności za jego zgodą;
- udzielanie zamówień publicznych w trybie z wolnej ręki wyłącznie w przypadku zaistnienia przesłanek określonych w ustawie pzp, umożliwiających zastosowanie tego trybu;
- zlecenie usług transportu sanitarnego na podstawie przepisów pzp.

Część ze stwierdzonych nieprawidłowości została usunięta jeszcze w trakcie prowadzonej kontroli, w szczególności: w jednym przypadku obciążono i wyegzekwowano od podwykonawcy karę nałożoną na szpital przez NFZ, w jednym przypadku zwaloryzowano opłaty czynszowe od pomieszczeń wynajmowanych podwykonawcy, w jednym przypadku wyegzekwowano od lekarza obowiązek przedłożenia polis ubezpieczeniowych, w dwóch przypadkach dokonano wypłat za nierozliczone dyżury medyczne, a w jednym zażądano zwrotu środków za dyżury niezrealizowane.

Trzech kierowników jednostek kontrolowanych złożyło 17 zastrzeżeń do wystąpień pokontrolnych. Zespoły Orzekające Komisji Rozstrzygającej NIK oddaliły 15 z nich, jedno uwzględniły w części⁹⁷, a jedno uwzględniły w całości⁹⁸. Rozstrzygnięcia te nie skutkowały zmianą oceny ogólnej ani ocen częściowych zawartych w wystąpieniach pokontrolnych.

Do opracowania informacji wykorzystano informacje i materiały uzyskane od Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia i Ministra Zdrowia. Wykorzystano również ustalenia kontroli *Egzekwowania przestrzegania przepisów prawa pracy, w tym bezpieczeństwa i higieny pracy w podmiotach leczniczych* udostępnione przez Państwową Inspekcję Pracy na podstawie porozumienia Głównego Inspektora Pracy oraz Prezesa Najwyższej Izby Kontroli z dnia 25 kwietnia 2005 r.

⁹⁷ Zastrzeżenie zostało uwzględnione w części dotyczącej rodzaju użytej w wystąpieniu pokontrolnym czcionki, tj. kursywy, której użycie w ocenie Zespołu Orzekającego nieprawidłowo sugerowało, że fragmenty wystąpienia zawierały cytaty.

⁹⁸ Uwzględnione zostało zastrzeżenie Dyrektora Szpitala w Koninie odnośnie zawartych w wystąpieniu pokontrolnym ocen dotyczących braku żądania w toku postępowania o zamówienie publiczne na usługę sprzątnięcia i dezynfekcji pomieszczeń wraz z dystrybucją posiłków i transportem wewnętrznym dokumentów pozwalających zweryfikować zdolność wykonawców do należytego wykonania przedmiotu zamówienia. W ocenie Zespołu Orzekającego zamawiający w sposób wystarczający określił wymogi w zakresie spełnienia warunków udziału w postępowaniu oraz sposób ich oceny, a SIWZ i ogłoszenie o powyższym zamówieniu publicznym zawierało wszystkie informacje wymagane przepisami pzp oraz aktami wykonawczymi do tej ustawy.

4.2 Działania podjęte po zakończeniu kontroli

W związku z ustaleniami niniejszej kontroli NIK skierowała do właściwych rzeczników cztery zawiadomienia o naruszeniu dyscypliny finansów publicznych. Dotyczyły one udzielenia zamówienia na świadczenie usług transportu sanitarnego bez stosowania przepisów pzp (cztery czyny w trzech jednostkach), udzielania zamówień w trybie z wolnej ręki, pomimo niespełnienia przesłanek określonych w art. 67 pzp (trzy czyny w jednej jednostce), niewykonania w terminie zobowiązań finansowych, co skutkowało zapłatą odsetek za zwłokę (62 czyny w jednej jednostce) oraz pobrania należności jednostki sektora finansów publicznych w wysokości niższej niż wynikająca z prawidłowego obliczenia (jeden czyn w jednej jednostce). Zawiadomienie o naruszeniu dyscypliny finansów publicznych złożone zostało również po zakończeniu kontroli rozpoznawczej. Jego przedmiotem były okoliczności wskazujące na wyczerpanie dyspozycji art. 17 ust. 1 pkt 5, art. 17 ust. 1 pkt 6, art. 17 ust. 1c oraz art. 17 ust. 4 undfp.

4.3 Finansowe rezultaty kontroli

W trakcie kontroli stwierdzono nieprawidłowości finansowe w łącznej kwocie 39 908,4 tys. zł tego:

- 1) finansowe lub sprawozdawcze skutki nieprawidłowości wynoszące 39 882,2 tys. zł, a w tym:
 - a) uszczuplenie środków lub aktywów – 45,3 tys. zł [str. 34, 36, 41];
 - b) kwoty nienależnie uzyskane – 0,7 tys. zł [str. 43];
 - c) kwoty wydatkowane z naruszeniem prawa – 39 605,3 tys. zł, w tym w szczególności środki wydatkowane:
 - na zakupy usług medycznych od podmiotów leczniczych wybranych z naruszeniem udl – 26 792,4 tys. zł [str. 48];
 - w wyniku udzielania zamówienia na świadczenia zdrowotne bez przeprowadzenia wymaganego konkursu ofert – 4 081,2 tys. zł [str. 23]⁹⁹;
 - na zakup usług transportu sanitarnego od wykonawców wyłonionych bez stosowania wymaganych procedur zamówień publicznych – 3 615,1 tys. zł [str. 61]¹⁰⁰;
 - w wyniku unikania procedur konkursów ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych, poprzez wielokrotne przedłużanie umów zawartych bez ich przeprowadzania – 2 721,3 tys. zł [str. 34];
 - na zamówienia udzielone w trybie z wolnej ręki, pomimo niespełnienia przesłanek do jego stosowania – 1 689,9 tys. zł [str. 56];
 - na zakupy świadczeń zdrowotnych od podmiotu, który nie miał uprawnień do ich udzielania – 353,2 tys. zł [str. 23];
 - d) kwoty wydatkowane w następstwie działań stanowiących naruszenia prawa – 35,5 tys. zł [str. 62];
 - e) kwoty wydatkowane z naruszeniem zasad należytego zarządzania finansami – 0,3 tys. zł [str. 43];
 - f) potencjalne lub sprawozdawcze skutki nieprawidłowości 195,1 tys. zł [str. 23];
- 2) korzyści finansowe wynoszące 26,2 tys. zł, a w tym:
 - a) pozyskane pożytki finansowe – 20,3 tys. zł [str. 36, 41];
 - b) oszczędności finansowe – 0,9 tys. zł [str. 43];
 - c) oszczędności i pożytki innych podmiotów – 5,0 tys. zł [str. 36, 43].

⁹⁹ We wskazanej sekcji informacji o wynikach kontroli wskazano wartość zawartych umów. Finansowe rezultaty kontroli podawane są w kwotach faktycznie poniesionych wydatków. Kwota nie uwzględnia finansowych efektów kontroli rozpoznawczej prowadzonej w szpitalu w Toruniu.

¹⁰⁰ Jw.

Charakterystyka stanu prawnego

Kluczowe uwarunkowania dotyczące kontrolowanej działalności

Konkursy ofert w poprzednio obowiązujących przepisach i projekcie udl

Zasady udzielania zamówień na świadczenia zdrowotne na gruncie obowiązującej do 30 czerwca 2011 r. ustawy o zoz określono w art. 35 i 35a tej ustawy. Przepisy art. 35 ustawy o zoz określały, że SPZOZ może udzielić zamówienia niepublicznemu zakładowi opieki zdrowotnej (w zakresie zadań określonych w statucie tego zakładu), osobie wykonującej zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki na zasadach określonych w odrębnych przepisach; grupowej praktyce lekarskiej i grupowej praktyce pielęgniarek, położnych prowadzącym działalność na zasadach określonych w przepisach odrębnych; osobie legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny, która dysponuje lokalem oraz aparaturą i sprzętem medycznym, odpowiadającymi wymaganiom przewidzianym dla zakładów opieki zdrowotnej oraz spełnia warunki określone w przepisach o działalności gospodarczej. Zgodnie z art. 35 ust. 3 ustawy o zoz do powyższych zamówień nie miały zastosowania przepisy o zamówieniach publicznych. Ustawa o zoz nie określała trybu udzielania zamówień na świadczenia zdrowotne, gdyż zasady zawierania umów określało wydane na podstawie art. 35a ust. 6 pkt 1 i 2 ustawy o zoz rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 13 lipca 1998 r. w sprawie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne¹⁰¹. Regulowało ono tryb konkursu ofert o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne, w tym w szczególności: obowiązek powołania komisji konkursowej, przepisy zobowiązujące do wyłączenia członka komisji w przypadku okoliczności wskazujących na brak jego bezstronności, treść ogłoszenia o konkursie ofert, miejsce publikacji ogłoszenia (w tym w prasie codziennej), wymaganą zawartość oferty, tryb i terminy prowadzenia czynności przez komisję konkursową, obowiązki w zakresie dokumentowania postępowania, przysługujące oferentom środki odwoławcze i tryb ich rozpatrywania.

Rządowy projekt ustawy o działalności leczniczej przedłożony¹⁰² Marszałkowi Sejmu 15 października 2010 r. (dalej: „rządowy projekt ustawy”) nie zawierał uregulowań wyłączających stosowanie przepisów w zakresie zamówień publicznych do udzielania przez publiczne podmioty lecznicze zamówień, których przedmiotem jest udzielanie świadczeń zdrowotnych¹⁰³.

Z przekazanej w toku niniejszej kontroli NIK informacji Ministra Zdrowia¹⁰⁴ wynika, że jednym z założeń rządowego projektu ustawy było poddanie podmiotów leczniczych spełniających przesłanki do stosowania przepisów pzp wymogom określonym w tej ustawie, także w zakresie świadczeń zdrowotnych.

Udzielanie zamówień na świadczenia zdrowotne w trybie konkursu ofert zostało wprowadzone do rządowego projektu ustawy o działalności leczniczej w toku prac Komisji Zdrowia,

¹⁰¹ Dz. U. Nr 93, poz. 592.

¹⁰² Na druku nr 3489.

¹⁰³ Jedynym przywołaniem regulacji dotyczących konkursów ofert był art. 201 rządowego projektu ustawy, z którego wynikało, że umowy o udzielenie zamówienia zawarte na podstawie art. 35a ustawy o zoz, realizowane w dniu wejścia w życie ustawy zachowują ważność po tym dniu przez okres, na jaki zostały zawarte.

¹⁰⁴ W piśmie z dnia 24 września 2015 r. znak: OZZ.077.52.2015.

która na posiedzeniu 3 marca 2011 r. przyjęła sprawozdanie¹⁰⁵ wnoszące o uchwalenie załączonego projektu ustawy. Projekt ten określał m.in. tryb konkursu ofert i zasady zawierania umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych¹⁰⁶, z tym jednak że tryb konkursowy przewidziano wyłącznie dla zamówień dokonywanych przez publiczne podmioty lecznicze (jako zlecających) innym podmiotom leczniczym (przyjmującym zamówienie). W toku prac Sejmu¹⁰⁷ i Senatu¹⁰⁸ nad rządowym projektem ustawy o działalności leczniczej wprowadzone zostały zmiany do art. 26 ust. 1 projektu ustawy, w wyniku których rozszerzono krąg podmiotów przyjmujących zamówienie: termin podmioty lecznicze zastąpiono terminem podmiotów wykonujących działalność leczniczą (tj. co oznaczało rozszerzenie kręgu przyjmujących zamówienie na podmioty lecznicze i praktyki zawodowe lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarek i położnych), a następnie dopuszczono udzielenie zamówienia osobie legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny.

Podmioty lecznicze i świadczenia zdrowotne

Działalność podmiotów leczniczych reguluje udl. Zgodnie z art. 4 ust. 1 pkt 2 udl SPZOZ należy do tej grupy, jako podmiot niebędący przedsiębiorcą (art. 2 ust. 1 pkt 4 udl). Zasady funkcjonowania SPZOZ spisane zostały w rozdziale 3 Działu II udl. SPZOZ uzyskują osobowość prawną z chwilą wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego¹⁰⁹.

Kategoria podmiotów wykonujących działalność leczniczą obejmuje podmioty lecznicze wymienione w art. 4 udl¹¹⁰, oraz podmioty wykonujące praktykę zawodową, o której mowa w art. 5 udl, tj. lekarze i pielęgniarki po wpisaniu do rejestru podmiotów, o którym mowa w art. 100 udl. Działalność lecznicza polega głównie na udzielaniu świadczeń zdrowotnych (art. 3 udl). Świadczeniem zdrowotnym są działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania (art. 2 ust. 1 pkt 10 udl). Uwagę zwrócić należy na inne zdefiniowanie tego pojęcia na gruncie uśoz, która zalicza do świadczeń zdrowotnych również działania służące profilaktyce (art. 5 pkt 40 uśoz). Rodzajami działalności leczniczej są stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne i inne niż szpitalne oraz ambulatoryjne świadczenia zdrowotne (art. 8 udl). Świadczenie szpitalne to wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenie zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie może być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin (art. 2 ust. 1 pkt 11 udl).

¹⁰⁵ Na druku nr 3921.

¹⁰⁶ Zapisy art. 26 i 27 projektu ustawy odpowiadały propozycji zawartej w art. 24a i 24b tekstu jednolitego projektu ustawy przedstawionego w sprawozdaniu podkomisji specjalnej z dnia 3 lutego 2011 r.

¹⁰⁷ Komisji Zdrowia w dniach 14 grudnia 2010 r., 24 lutego 2011 r. oraz 3 marca 2011 r.

¹⁰⁸ Uchwała Senatu z 31 marca 2011 r. (druk nr 4075).

¹⁰⁹ SPZOZ powstałe do dnia 30 czerwca 2011 r. uzyskały osobowość prawną na podstawie art. 35b ust. 3 ustawy o zoz, SPZOZ powstałe w trybie określonym w udl, z połączenia SPZOZ, uzyskują osobowość prawną na podstawie art. 67 ust. 3 udl.

¹¹⁰ Są to obok SPZOZ (zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt. 5 w zw. z art. 4 ust.1 pkt. 2 udl) również m.in. przedsiębiorcy w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 584, ze zm.) we wszystkich formach przewidzianych przez tę ustawę, jeśli ustawa nie stanowi inaczej, a także jednostki budżetowe tworzone i nadzorowane przez Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych, Ministra Sprawiedliwości lub Szefa Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej za pomocą zespołu składników majątkowych tj. przedsiębiorstwa. Dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rodzaju: świadczenia szpitalne przedsiębiorstwem jest szpital (art. 2 ust. 1 pkt 8 i 9 udl).

Leczenie szpitalne jest jednym z rodzajów świadczeń zdrowotnych gwarantowanych, wskazanych w art. 15 ust. 2 pkt 3 uósz, kontraktowanych na podstawie umów zawartych z NFZ. Zakres świadczenia wskazany został w rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego¹¹¹. Zgodnie z art. 133 uósz podmioty lecznicze mogą zlecać podwykonawcom udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej z NFZ, jeżeli umowa tak stanowi. Należy przy tym zauważyć, że termin podwykonawca nie jest zdefiniowany w uósz, której przepisy stosują to określenie. Definicję zawierają natomiast ogólne warunki kontraktów z NFZ określone w rozporządzeniach Ministra Zdrowia wydanych na podstawie art. 137 uósz¹¹², które stanowią że podwykonawcą jest podmiot, który wykonuje część umowy, samodzielnie organizując powierzony zakres czynności. Prezes NFZ na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 uósz określił warunki wymagane od świadczeniodawców, w których określono m.in., że świadczeń można udzielać wyłącznie przy pomocy podwykonawców wskazanych w załączniku do kontraktu z NFZ¹¹³. Wątpliwość budzi sposób i skutek zdefiniowania w rozporządzeniu użytego w ustawie terminu „podwykonawca”, co narusza zasadę technik legislacyjnych.¹¹⁴ Skutkiem zdefiniowania w ten sposób terminu „podwykonawca” jest istotna wątpliwość interpretacyjna, czy świadczeniodawca może swobodnie korzystać z usług podmiotów, które samodzielnie nie organizują powierzonego zakresu czynności.

SPZOZ są zaliczane do sektora finansów publicznych (art. 9 pkt 10 ufp), dlatego obowiązują w nich zasady gospodarowania środkami publicznymi. Wydatki szpitali mogą być ponoszone na cele i w wysokości ustalonej w planie finansowym jednostki (art. 44 ust. 1 pkt 3 ufp), według zasad określonych w art. 44 ust. 3 ufp. Zasady te nakazują, aby wydatki dokonywane były celowo i oszczędnie, przynosiły najlepsze efekty z danych nakładów i umożliwiły terminową realizację zadań. Mają one zatem zapewnić racjonalizację kosztów, prowadzić do zwiększenia wydajności i skuteczności wydatkowania środków publicznych, w tym także przy podejmowaniu decyzji o przekazywaniu zadań szpitali do realizacji podmiotom zewnętrznym. Zgodnie z art. 44 ust. 4 w zw. z art. 9 pkt. 10 ufp SPZOZ są zobowiązane do zawierania umów, których przedmiotem są usługi, dostawy lub roboty budowlane, na zasadach określonych w przepisach o zamówieniach publicznych o ile odmiennie przepisy nie stanowią inaczej.

¹¹¹ Rozporządzenie z dnia 29 sierpnia 2009 r. (Dz. U. z 2013 r. poz. 1082, ze zm.) uchylone z dniem 27 grudnia 2013 r., a następnie rozporządzenie z dnia 22 listopada 2013 r. (Dz. U. z 2013 r. poz. 1520, ze zm.).

¹¹² Patrz przypis nr 11.

¹¹³ W § 10 ust. 1 Zarządzenia Nr 89/2013/DOSZ wskazano, że świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane przez świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców wymienionych w „Wykazie podwykonawców”. Wzór takiego wykazu określono w załączniku nr 3 do umowy, o której mowa w § 4 ust. 4 tego zarządzenia.

¹¹⁴ Zgodnie z §149 załącznika do rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 20 czerwca 2002 r. w sprawie „Zasad techniki prawodawczej” (Dz. U. z 2016 r. poz. 283) w akcie normatywnym niższym rangą niż ustawa bez upoważnienia ustawowego nie formułuje się definicji ustalających znaczenia określeń ustawowych; w szczególności w akcie wykonawczym nie formułuje się definicji, które ustalałyby znaczenia określeń zawartych w ustawie upoważniającej.

Zamawianie świadczeń zdrowotnych – konkurs ofert

Powierzenie realizacji świadczeń zdrowotnych innym podmiotom zostało wyłączone (na podstawie art. 26 ust. 5 udl) z obowiązku stosowania przepisów w zakresie zamówień publicznych, a zgodnie z art. 26 ust. 3 udl przewidziano dla tych zamówień procedurę konkursu ofert. W art. 26 ust. 1 i 2 udl określono warunki do udzielania zamówień na podstawie tej ustawy:

[1] następuje ono na rzecz podmiotu wykonującego działalność leczniczą lub osoby legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny;

[2] jego przedmiot nie wykracza poza rodzaj działalności leczniczej lub zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez przyjmującego zamówienie, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100 udl.

Z powyższych przepisów wynika, że obok podmiotu leczniczego i grupowych praktyk zawodowych, świadczeń zdrowotnych może udzielać wyłącznie osoba wykonująca zawód medyczny, w tym przede wszystkim lekarze i pielęgniarki prowadzący indywidualne praktyki zawodowe. Ustawa nie precyzuje jednak, jakie inne grupy zawodowe należą do osób wykonujących zawód medyczny. Pojęcie „wykonywanie zawodu medycznego” odnosi się do osób, które fachowo, stale i w celach zarobkowych zajmują się wykonywaniem zajęcia mającego związek z medycyną i które mają odpowiednie kwalifikacje. Przez kwalifikacje należy rozumieć zasób wiedzy i umiejętności wymaganych do udzielania świadczeń zdrowotnych¹¹⁵. W aktach prawnych określono zasady wykonywania zawodów: lekarza i lekarza dentysty, pielęgniarki i położnej, ratownika medycznego, felczera, diagnosty laboratoryjnego. Poza wymienionymi zawodami istnieje jeszcze spora grupa innych zawodów medycznych. Niektóre z nich wymienione zostały: w rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 12 lutego 2002 r. w sprawie ramowych planów nauczania w szkołach publicznych¹¹⁶, w rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego¹¹⁷, rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 1952 r. w sprawie rozciągnięcia przepisów o odpowiedzialności zawodowej fachowych pracowników służby zdrowia na niektóre kategorie tych pracowników¹¹⁸, rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2002 r. w sprawie uzyskiwania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia¹¹⁹. Do zawodów medycznych zgodnie z projektem ustawy o niektórych zawodach medycznych¹²⁰ zaliczamy: asystentkę dentystyczną, dietetyka, fizjoterapeutę, higienistkę dentystyczną, higienistkę szkolną, logopedę, masażystę, opiekunkę dziecięcą, optometrystę, optyka okularowego, ortoptystkę, protetyka słuchu, psychoterapeutę, ratownika medycznego, technika analityki medycznej, technika dentystycznego, technika elektroradiologa, technika farmaceutycznego, technika ortopedę, terapeutę zajęciowego.

Szczególną uwagę należy zwrócić na ograniczenie możliwości udzielania zamówień grupowym praktykom lekarskim. Zgodnie z art. 50a ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza

¹¹⁵ A. Kolasa, Zdaniem Państwowej Inspekcji Pracy, PiZS 2000, nr 7–8, s. 54.

¹¹⁶ Dz. U. Nr 15, poz. 142, ze zm. Rozporządzenie zostało uchylone z dniem 1 września 2012 r. Załącznik nr 25 do tego rozporządzenia wymieniał następujące zawody medyczne: technik elektroradiolog, dietetyk, ortoptystka, ratownik medyczny, technik dentystyczny, technik farmaceutyczny, technik fizjoterapii i terapeuta zajęciowy.

¹¹⁷ Dz. U. z 2012 r. poz. 7, ze zm.

¹¹⁸ Dz. U. Nr 37, poz. 260.

¹¹⁹ Dz. U. z 2002 r. Nr 173, poz. 1419, ze zm.

¹²⁰ Druk sejmowy 1553 z dnia 14 marca 2007 r.

dentysty¹²¹ praktyki grupowe nie mogą być wykonywane w podmiocie leczniczym na podstawie umowy cywilnoprawnej o udzielanie świadczeń zdrowotnych. Przepis ten ogranicza możliwość udzielania na podstawie art. 26 ust. 1 udl zamówień na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez grupowe praktyki lekarskie działające na terenie czy w obiektach podmiotu zlecającego i w ten sposób wykorzystujące także jego składniki majątku.

Wobec sformułowania w ustawie powyższego zakazu kontrowersyjnym zagadnieniem jest możliwość jego obejścia poprzez udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju: leczenie szpitalne przez podmiot leczniczy zapewniający wyłącznie usługi personelu medycznego. Ograniczeniem dla takich działań jest art. 26 ust. 2 udl. Jednak użyta w nim alternatywa „lub” ma w dla interpretacji tego przepisu bardzo istotne znaczenie, oznacza bowiem że przedmiot zamówienia nie może wykraczać co najmniej poza rodzaj lub co najmniej poza zakres świadczeń zdrowotnych przez ten podmiot udzielanych, co nie wyklucza sytuacji, w której przedmiot zamówienia nie będzie wykraczał łącznie poza rodzaj działalności leczniczej i zakres świadczeń zdrowotnych. Niezgodność z regulacją art. 26 ust. 2 udl może zachodzić jedynie wtedy, gdy udzielone zamówienie nie będzie zgodne ani z rodzajem działalności leczniczej ani z zakresem świadczeń przez przyjmującego zamówienie świadczeń zdrowotnych określonych w rejestrze. Wydawać by się mogło, że determinujące znaczenie dla kwestii związanych z analizowanym zagadnieniem ma zakres świadczeń zdrowotnych. Stanowi on bowiem o przedmiocie zamówienia oraz wypełnia cel wprowadzenia regulacji przewidzianej w art. 26-27 udl, tj. umożliwienie szpitalom publicznym korzystania z usług podmiotów zewnętrznych ze względu na to, że wykonywania tych usług SPZOZ sam nie jest w stanie zapewnić. Kwestią drugorzędą zaś powinna być struktura organizacyjna podmiotu przyjmującego zamówienie. W praktyce organy nadzoru podkreślają jednakże znaczenie wpisu w rejestrze o rodzaju prowadzonej działalności leczniczej. Wychodząc z definicji określonej w art. 2 ust. pkt 8 i 9 udl wskazują, że nie jest możliwe wykonywanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju: stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne przez podmiot leczniczy za pomocą przedsiębiorstwa innego podmiotu leczniczego, a tym samym nie jest możliwe zawarcie na podstawie art. 26 udl z podmiotem leczniczym zapewniającym wyłącznie usługi personelu medycznego umowy na wykonywanie stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych szpitalnych. Należy jednak zauważyć, że art. 2 ust. pkt 8 i 9 udl są przepisami ogólnymi ustawy, objaśniającymi użyte w ustawie określenia i skróty „przedsiębiorstwo” oraz „szpital”. Wbrew stanowisku organów nadzoru, ustawa nie zawiera przepisów merytorycznych zakazujących udzielania świadczeń zdrowotnych poza przedsiębiorstwem podmiotu leczniczego¹²². Takim przepisem nie jest art. 26 ust. 2 udl, który określa wyłącznie zasady udzielania zamówień przez publiczne podmioty lecznicze, a z jego literalnej treści wynikają ograniczenia co do zakresu świadczeń i rodzaju działalności, a nie co do miejsca i organizacji udzielania świadczeń.

Nie każde zamówienie na udzielanie świadczeń zdrowotnych wymaga przeprowadzenia konkursu ofert. Z dniem 30 czerwca 2012 r.¹²³ stosowanie procedury konkursowej zawężone zostało tylko do tych zamówień na udzielanie świadczeń zdrowotnych, których wartość przekracza próg

¹²¹ Dz. U. z 2015 r. poz. 464, ze zm.

¹²² Należy zauważyć, że art. 148 pkt 8 udl wprowadził art. 50a do ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2015 r. poz. 464, ze zm.), który brzmi „Grupowa praktyka lekarska nie może być wykonywana w podmiocie leczniczym na podstawie umowy cywilnoprawnej o udzielanie świadczeń zdrowotnych”. Takiego zakazu wyraźnie nie sprecyzowano w odniesieniu do udzielania świadczeń zdrowotnych przez personel jednego podmiotu leczniczego w innym podmiocie leczniczym.

¹²³ Art. 26 ust. 4a udl dodany przez art. 1 pkt 10 lit. c) ustawy z dnia 14 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2012 r. poz. 742, ze zm.) zmieniającej udl z dniem 30 czerwca 2012 r.

kwotowy 14 000 euro, a od dnia 16 kwietnia 2014 r.¹²⁴ próg 30 000 euro (art. 26 ust. 4a udl). Podstawą ustalenia wartości zamówienia jest całkowite szacunkowe wynagrodzenie netto przyjmującego zamówienie, ustalone przez zamawiającego z należytą starannością (art. 26a ust. 1 udl). Podstawą ustalenia wartości zamówienia powtarzającego się okresowo jest łączna wartość zamówień tego samego rodzaju udzielonych w terminie poprzednich 12 miesięcy lub w poprzednim roku obrotowym, z uwzględnieniem zmian ilościowych zamawianych świadczeń oraz prognozowanego średniorocznego wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem albo których zamawiający zamierza udzielić w terminie 12 miesięcy następujących po udzieleniu pierwszego świadczenia (art. 26a ust. 5 udl). Wartością zamówienia udzielonego na czas oznaczony jest wartość ustalona z uwzględnieniem okresu wykonywania zamówienia (art. 26a ust. 7 udl). Jednocześnie wprowadzony został zakaz dzielenia zamówienia na części lub zaniżania jego wartości w celu uniknięcia procedury konkursowej (art. 26a ust. 2 udl). Ominięciu procedury nie może również służyć wybór podstawy ustalenia wartości zamówienia świadczeń powtarzających się okresowo (art. 26a ust. 6 udl). Ustalenie wartości zamówienia dokonuje się nie wcześniej niż trzy miesiące przed dniem wszczęcia postępowania o udzielenie zamówienia (art. 26a ust. 8 udl).

Sposób przeprowadzenia konkursu reguluje art. 26 ust. 4 udl, zobowiązujący do stosowania odpowiednio przepisów art. 140, 141, 146 ust. 1, 147-150, 151 ust.1, 2, 4-6, art. 152, 153, art. 154 ust. 1 i 2 uósz, przy czym prawa i obowiązki Prezesa NFZ i dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ wykonuje kierownik podmiotu leczniczego. Zgodnie z ww. regulacjami, w ramach prowadzonego konkursu ofert podejmowane są następujące czynności:

- określenie przedmiotu postępowania, kryteriów oceny ofert¹²⁵ i warunków wymaganych od świadczeniodawców (146 ust. 1 uósz w zw. z art. 26 ust. 4 udl);
- porównanie ofert (art. 148 uósz w zw. z art. 26 ust. 4 udl), w szczególności pod kątem: ciągłości, kompleksowości, dostępności, jakości udzielanych świadczeń, kwalifikacji personelu, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, a także ceny i liczby oferowanych świadczeń zdrowotnych¹²⁶ oraz kalkulacji kosztów. Kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców są jawne i nie podlegają zmianie w toku postępowania;
- wezwanie oferentów do uzupełnienia oferty w przypadku, gdy przyjmujący zamówienie nie przedstawił wszystkich wymaganych dokumentów lub gdy oferta zawiera braki formalne (art. 149 ust. 3 uósz w zw. z art. 26 ust. 4 udl);
- odrzucenie lub częściowe odrzucenie oferty (art. 149 ust. 1 i 2 uósz w zw. z art. 26 ust. 4 udl) w przypadku, gdy: [1] została złożona po terminie; [2] zawiera nieprawdziwe informacje; [3] oferent nie określił przedmiotu oferty lub nie podał proponowanej liczby lub ceny świadczeń zdrowotnych; [4] zawiera rażąco niską cenę w stosunku do przedmiotu zamówienia; [5] jest nieważna na podstawie odrębnych przepisów; [6] oferent złożył ofertę alternatywną; [7] oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez kierownika podmiotu leczniczego; [8] została złożona

¹²⁴ Art. 26 ust. 4a udl zmieniony przez art. 5 ustawy z dnia 14 marca 2014 r. o zmianie ustawy – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2014 r. poz. 423) zmieniającej udl z dniem 16 kwietnia 2014 r.

¹²⁵ W zdefiniowaniu kryteriów oceny ofert pomocne mogą być sposoby ich opisu dokonywane przez Prezesa NFZ w zarządzeniach w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej (np. 3/2014/DSOZ z dnia 23 stycznia 2014 r.).

¹²⁶ Od 1 stycznia 2016 r. porównanie powinno następować w według kryteriów jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości i ceny.

przez świadczeniodawcę, z którym poprzednio rozwiązano umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy – od 1 stycznia 2015 r. przepis ten został doprecyzowany poprzez wskazanie, że umowa ta winna być rozwiązana w ciągu 5 lat poprzedzających ogłoszenie postępowania oraz dotyczyć zakresu lub rodzaju odpowiadającego przedmiotowi ogłoszenia;

- unieważnienie postępowania (art. 150 uśoz w zw. z art. 26 ust. 4 udl) w przypadku gdy: [1] nie wpłynęła żadna oferta; [2] wpłynęła jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, chyba że z okoliczności wynika, że na ogłoszony ponownie na tych samych warunkach konkurs ofert nie wpłynie więcej ofert, [3] odrzucono wszystkie oferty; [4] kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę, którą przeznaczono na finansowanie świadczeń zdrowotnych w danym postępowaniu; [5] nastąpiła istotna zmiana okoliczności powodująca, że prowadzenie postępowania lub zawarcie umowy nie leży w interesie ubezpieczonych, czego nie można było wcześniej przewidzieć;
- ogłoszenie o rozstrzygnięciu postępowania (art. 151 uśoz w zw. z art. 26 ust. 4 udl) w miejscu i terminie określonym w ogłoszeniu o konkursie ofert, ze wskazaniem nazwy (firmy) albo imienia i nazwiska oraz siedziby lub miejsca zamieszkania wybranego świadczeniodawcy. Dodatkowo jeżeli wartość przedmiotu umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych przekracza wyrażoną w złotych równowartość kwoty 130 000 euro wg średniego kursu euro ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski w dniu rozstrzygnięcia postępowania, ogłoszenie o wyniku rozstrzygnięcia postępowania przekazuje się Urzędowi Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich.

W dość lakonicznie uregulowanej procedurze szczególnie dużo uwagi poświęcono zagadnieniom związanym z opisem przedmiotu zamówienia. Przedmiot zamówienia opisuje się z zachowaniem zasad określonych w art. 140 i 141 uśoz, tj. w sposób jednoznaczny i wyczerpujący, uwzględniając wszystkie wymagania i okoliczności mogące mieć wpływ na sporządzenie oferty, za pomocą dostatecznie dokładnych i zrozumiałych określeń, cech technicznych i jakościowych, z uwzględnieniem Polskich Norm wprowadzających europejskie normy zharmonizowane¹²⁷. Od opisywania przedmiotu zamówienia z uwzględnieniem Polskich Norm wprowadzających europejskie normy zharmonizowane, europejskich aprobat technicznych lub wspólnych specyfikacji technicznych można odstąpić jeżeli: nie zawierają one żadnych wymagań dotyczących zapewnienia zgodności z wymaganiami zasadniczymi lub ich stosowanie nakładałoby na zamawiającego obowiązek używania wyrobów niewspółdziałających z już stosowanymi urządzeniami, lub ich stosowanie nie byłoby właściwe ze względu na innowacyjny charakter przedmiotu zamówienia. Do opisu przedmiotu zamówienia stosuje się nazwy i kody wskazane we Wspólnym Słowniku Zamówień określonym w rozporządzeniu w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień. Jednocześnie przedmiot zamówienia winien być opisany w sposób, który nie utrudnia uczciwej konkurencji, co do zasady bez stosowania znaków towarowych, patentów lub pochodzenia, chyba że jest to uzasadnione specyfiką przedmiotu zamówienia lub zamawiający nie może opisać przedmiotu zamówienia za pomocą dostatecznie dokładnych określeń, a wskazaniu takiemu towarzyszą wyrazy „lub równoważne” lub inne równoznaczne wyrazy.

¹²⁷ W razie ich braku w opisie uwzględnia się europejskie aprobaty techniczne; wspólne specyfikacje techniczne; Polskie Normy wprowadzające normy europejskie; normy państw członkowskich Unii Europejskiej wprowadzające europejskie normy zharmonizowane; Polskie Normy wprowadzające normy międzynarodowe; Polskie Normy; polskie aprobaty techniczne.

Wątpliwości interpretacyjne budzi brak przywołania w art. 26 ust. 4 udl niektórych przepisów uśoz regulujących istotne etapy postępowań konkursowych, w szczególności w art. 139 ust. 2 i 4 i art. 142 ust. 5 i 6 uśoz.

W pierwszym rzędzie dotyczą one ogłaszania konkursu ofert. Procedura nie określa obowiązku ogłaszania konkursu ofert, ponieważ ustawodawca nie nakazał w art. 26 ust. 4 udl odpowiedniego stosowania art. 139 ust. 2 uśoz. Za potrzebą dokonania ogłoszenia przemawiają jednak zarówno względy praktyczne, jak i przepisy dotyczące rozstrzygnięcia o konkursie ofert (art. 151 ust. 2 uśoz w zw. z art. 26 ust. 4 udl), zgodnie z którymi o rozstrzygnięciu ogłasza się w miejscu i terminie określonym w ogłoszeniu o konkursie. Z uwagi na brak przepisów w tym zakresie sposób podania do publicznej wiadomości ogłoszenia pozostaje do decyzji kierownika podmiotu leczniczego.

Wątpliwości może budzić również kwestia potrzeby powoływania komisji konkursowej. W art. 26 ust. 4 udl nie określono obowiązku odpowiedniego stosowania art. 139 ust. 4 uśoz, co wskazuje na fakultatywny charakter komisji w toku postępowania o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne. Z drugiej strony wprowadzone uregulowania wyznaczają komisję jako organ mający dokonywać konkretnych czynności w toku postępowania (art. 149 ust. 3, art. 150 ust. 2, art. 151 ust. 1, art. 153 uśoz w zw. z art. 26 ust. 4 udl).

Problematyczna jest również kwestia wyboru oferty lub ofert w ramach postępowania. Wprawdzie udl nie odwołuje się do art. 142 uśoz, jednakże z wykładni systemowej wprowadzenia instytucji konkursu ofert, jak również nakazu porównania ofert, wywieść należałoby konieczność wyboru najkorzystniejszej oferty przy założonych kryteriach.

Ostatnią kwestią jest możliwość prowadzenia negocjacji z oferentami w zakresie warunków określonych w ofercie. Zakaz prowadzenia negocjacji nie został co prawda wyraźnie sprecyzowany, jednak zamknięty katalog przepisów uśoz wskazany w art. 26 ust. 4 udl nie zawiera odwołania do art. 142 ust. 6 uśoz regulującego zasady prowadzenia negocjacji przez NFZ. Można z tego wywieść, że intencją ustawodawcy było niedopuszczenie do stosowania przez podmioty lecznicze takiego rozwiązania. Ponadto zgodnie z art. 150 ust. 1 pkt. 4 uśoz konkurs unieważnia się, jeśli kwota najkorzystniejszej oferty przewyższa kwotę przeznaczoną na finansowanie świadczeń zdrowotnych w danym postępowaniu. Z powyższych regulacji można wywieść, że w toku konkursu nie można modyfikować warunków określonych w ofercie.

Środki odwoławcze przysługujące oferentom, których interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez podmiot leczniczy zasad przeprowadzania postępowania o udzielenie zamówienia na świadczenie zdrowotne, określone zostały w art. 152 uśoz w zw. z art. 26 ust. 4 udl. Środki odwoławcze nie przysługują m.in. na niedokonanie wyboru oferenta i unieważnienie postępowania w sprawie zawarcia umowy. Zasady wnoszenia i rozpatrywania protestów oraz odwołań regulują art. 153 i 154 ust. 1 i 2 uśoz w zw. z art. 26 ust. 4 udl. Protest przysługuje na czynności dokonywane w toku całego postępowania konkursowego, do czasu ogłoszenia o jego rozstrzygnięciu, po czym oferentowi przysługuje odwołanie na rozstrzygnięcie postępowania. Protest winna rozpatrzyć komisja konkursowa¹²⁸, a odwołanie kierownik podmiotu leczniczego. Należy zauważyć, że art. 26 ust. 4 udl nie odwołuje się do art. 154 ust. 3 uśoz, a przepisy w żaden inny sposób nie regulują trybu informowania oferentów o sposobie rozpatrzenia odwołania. Odwołanie jest ostatnim środkiem odwoławczym przysługującym oferentom.

¹²⁸ Jeśli została ona powołana, w przeciwnym przypadku – czynność tą powinien wykonać kierownik podmiotu leczniczego.

Udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne następuje na podstawie umowy zawartej pomiędzy udzielającym i przyjmującym zamówienie, którą zawiera się na piśmie na czas udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub na czas określony, co do zasady na okres nie krótszy niż 3 miesiące (art. 27 ust. 1 i 3 udl). Art. 27 ust. 4 udl wskazuje obligatoryjne elementy umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych¹²⁹. Umowa winna również, jeżeli strony dopuszczają taką możliwość, zawierać postanowienia dotyczące możliwości przeniesienia praw i obowiązków wynikających z umowy na osobę trzecią (art. 27 ust. 6 udl).

Postanowienia ograniczające prawo do swobodnych zmian warunków umowy (art. 27 ust. 5 udl) zawiera zapis, który każe uznać za nieważną „zmianę postanowień zawartej umowy niekorzystnych dla udzielającego zamówienia, jeżeli przy ich uwzględnieniu zachodziłaby konieczność zmiany treści oferty, na podstawie której dokonano wyboru przyjmującego zamówienie, chyba że konieczność wprowadzenia takich zmian wynika z okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili zawarcia umowy”. Dostępna literatura każe interpretować pierwszy człon tego uregulowania jako zakaz dokonywania zmian postanowień zawartej umowy na niekorzystne dla zamawiającego¹³⁰, jeżeli prowadzą do zmiany oferty. Taka wykładnia nie wynika jednak z literalnego brzmienia tego przepisu.

Umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych ulega rozwiązaniu z upływem czasu, na jaki została zawarta, z dniem zakończenia udzielania określonych świadczeń zdrowotnych, wskutek oświadczenia jednej ze stron, z zachowaniem okresu wypowiedzenia, oraz bez zachowania okresu wypowiedzenia, w przypadku gdy druga strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy (art. 27 ust. 8 udl).

Z uwagi na fakt, że przed 30 czerwca 2012 r. obowiązywały inne uregulowania w odniesieniu do elementów określonych w art. 27 ust. 8 udl, na podstawie art. 12 ustawy z dnia 14 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw¹³¹ postanowienia umów zawartych przed tym dniem winny zostać dostosowane do nowych przepisów w terminie do 1 sierpnia 2012 r.

Zamawianie usług niemedycznych – postępowanie o zamówienie publiczne.

Zasady udzielania przez SPZOZ zamówień na świadczenia niemedyczne oraz świadczenia opieki zdrowotnej niebędące świadczeniami zdrowotnymi w rozumieniu udl (tj. rzeczowych świadczeń zdrowotnych, świadczeń towarzyszących oraz świadczeń zdrowotnych służących profilaktyce) uregulowane zostały w pzp. Zgodnie z art. 7 ust. 1 pzp, zamawiający przygotowuje i przeprowadza postępowania o udzielenie zamówienia w sposób zapewniający zachowanie uczciwej konkurencji oraz równe traktowanie wykonawców. Toteż czynności związane z przygotowaniem

¹²⁹ Są to: [1] określenie zakresu świadczeń zdrowotnych, [2] określenie sposobu organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym miejsca, dni i godzin ich udzielania [3] minimalną liczbę osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych, [4] przyjęcie przez przyjmującego zamówienie obowiązku poddania się kontroli przeprowadzonej przez udzielającego zamówienia, [5] określenie rodzajów i sposobu kalkulacji należności, jaką udzielający zamówienia przekazuje przyjmującemu zamówienie z tytułu realizacji zamówienia, a w przypadku ustalenia stawki ryczałtowej – określenie jej wysokości, [6] ustalenie zasad rozliczeń oraz zasad i terminów przekazywania należności; [7] ustalenie trybu przekazywania udzielającemu zamówienia informacji o realizacji przyjętego zamówienia; [8] postanowienia dotyczące szczegółowych okoliczności uzasadniających rozwiązanie umowy za wypowiedzeniem oraz okres wypowiedzenia; [9] zobowiązanie przyjmującego zamówienie do prowadzenia określonej sprawozdawczości statystycznej.

¹³⁰ Np. Joanna Nowak-Kubiak, Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz, Warszawa 2012, str. 230; Tamara Zimna, Zawieranie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, Warszawa 2014, str. 235.

¹³¹ Dz. U. z 2012 r. poz. 742, ze zm.

oraz przeprowadzeniem postępowania o udzielenie zamówienia powierza się osobom zapewniającym bezstronność i obiektywizm (art. 17 ust. 1 pzp). Podstawowym obowiązkiem zamawiającego jest dokonanie opisu przedmiotu zamówienia w sposób jednoznaczny i wyczerpujący, za pomocą dostatecznie dokładnych i zrozumiałych określeń oraz uwzględniając wszystkie wymagania i okoliczności mogące mieć wpływ na sporządzenie oferty (art. 29 ust. 1 pzp). Podstawą ustalenia wartości zamówienia jest całkowite, szacunkowe wynagrodzenie wykonawcy, ustalone przez zamawiającego z należytą starannością. Zamawiający nie może w celu uniknięcia stosowania przepisów ustawy dzielić zamówienia na części lub zaniżać jego wartości (art. 32 pzp). Podstawowymi trybami udzielania zamówień publicznych są: przetarg nieograniczony oraz przetarg ograniczony, jednakże zamawiający może udzielić zamówienia w innych trybach, w tym z wolnej ręki (art. 66 pzp i następane), w przypadkach określonych w ustawie. W szczególności na podstawie art. 5 ust. 1a pzp¹³² w trybie zamówienia z wolnej ręki do dnia 19 października 2014 r. mogły być udzielane zamówienia, których przedmiotem były usługi o charakterze niepriorytetowym, wymienione w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 28 stycznia 2010 r. w sprawie wykazu usług o charakterze priorytetowym i niepriorytetowym¹³³. Warunkiem skorzystania z tego trybu było jednakże wystąpienie zagrożenia, że skorzystanie z innego trybu mogłoby skutkować [1] naruszeniem zasad celowego, oszczędnego i efektywnego dokonywania wydatków lub [2] naruszeniem zasad dokonywania wydatków w wysokości i w terminach wynikających z wcześniej zaciągniętych zobowiązań lub [3] poniesieniem straty w mieniu publicznym lub [4] uniemożliwieniem terminowej realizacji zadań (art. 5 ust. 1a pzp). Od 19 października 2014 r. zamawiający może udzielić zamówienia na usługi o charakterze niepriorytetowym o wartości poniżej progów unijnych, zgodnie z określoną przez niego procedurą spełniającą minimalne wymogi określone w art. 5a ust. 2-4 pzp, tj. zapewniającą obiektywizm, przejrzystość i brak dyskryminacji. Do zamówień, których przedmiotem są usługi o charakterze niepriorytetowym, nie mają przy tym zastosowania przepisy dotyczące terminów składania wniosków o dopuszczenie do udziału w postępowaniu lub terminów składania ofert, obowiązku żądania wadium, obowiązku żądania dokumentów potwierdzających spełnianie warunków udziału w postępowaniu, zakazu ustalania kryteriów oceny ofert na podstawie właściwości wykonawcy oraz przesłanek wyboru trybu negocjacji z ogłoszeniem, dialogu konkurencyjnego oraz licytacji elektronicznej (art. 5 ust. 1 pzp). Za przygotowanie i przeprowadzenie postępowania o udzielenie zamówienia odpowiada dyrektor SPZOZ, a także inne osoby, w zakresie w jakim powierzono im czynności w postępowaniu oraz czynności związane z przygotowaniem postępowania (art. 18 ust. 1 i 2 pzp).

¹³² Art. 5 ust. 1a uchylony przez art. 1 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 2014 r. o zmianie ustawy – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1232, ze zm.) zmieniającej nin. ustawę z dniem 19 października 2014 r.

¹³³ Dz. U. Nr 12, poz. 68.

Wykaz podstawowych aktów prawnych dotyczących kontrolowanej tematyki

1. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, ze zm.).
2. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, ze zm.).
3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2013 r. poz. 885, ze zm.).
4. Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2015 r. poz. 2164).
5. Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U. z 2016 r. poz. 380, ze zm.).
6. Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz. U. z 2014 r. poz. 1502, ze zm.).
7. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2015 r. poz. 464, ze zm.).
8. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r. poz. 1435, ze zm.).
9. Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2013 r. poz. 330, ze zm.).
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2008 r. Nr 81, poz. 484).
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2013 r. poz. 1082, ze zm.), uchylone z dniem 2 stycznia 2014 r.
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2013 r. poz. 1520, ze zm.).
13. Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 28 stycznia 2010 r. w sprawie wykazu usług o charakterze priorytetowym i niepriorytetowym (Dz. U. Nr 12, poz. 68).
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 192, ze zm.).
15. Komunikat Nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych (Dz. Urz. MF Nr 15, poz. 84).

Wykaz jednostek objętych kontrolą, osób odpowiedzialnych za kontrolowaną działalność oraz ocen kontrolowanej działalności zawartych w wystąpieniach pokontrolnych

Lp.	Nazwa jednostki objętej kontrolą	Osoby odpowiedzialne za kontrolowaną działalność	Ocena kontrolowanej działalności ¹³⁴
Jednostki objęte kontrolą P/15/068 Korzystanie z usług zewnętrznych przez szpitale publiczne:			
1.	Szpital Uniwersytecki nr 2 im. dr. Jana Bizuela w Bydgoszczy	Dyrektor Wanda Korzycka-Wilińska	pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości
2.	10 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bydgoszczy	Komendant Krzysztof Kasprzak – do 23.04.2015 r.	pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości
3.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej	Dyrektor Dariusz Oleński	opisowa
4.	Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Lublinie	Dyrektor Jerzy Szarecki	opisowa
5.	Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. prof. dr. Stanisława Popowskiego w Olsztynie	Dyrektor Krystyna Piskorz-Ogórek	opisowa
6.	Wojewódzki Szpital Zespolony w Elblągu	Dyrektor Naczelną Elżbieta Gelert	opisowa
7.	Wojewódzki Szpital Zespolony w Koninie	Dyrektor Łukasz Dolata – od 01.10.2013 r. Grzegorz Wrona – do 30.09.2013 r.	opisowa
8.	Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu	Dyrektor Jan Talaga	opisowa
9.	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy	Dyrektor Krystyna Barcik	pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości
10.	Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu	Dyrektor Mariola Dudziak	pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości
Jednostka objęta kontrolą rozpoznawczą R/14/002 Korzystanie przez Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu z usług zewnętrznych w leczeniu szpitalnym			
1.	Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu	Sylwia Sobczak od 07.11.2013 r. p.o. Dyrektora, a od 07.04.2014 r. Dyrektor Roger Hartwig od 01.06.2012 r. p.o. Dyrektora, a od 17.12.2012 r. Dyrektor	opisowa

¹³⁴ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową.

Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
6. Rzecznik Praw Obywatelskich
7. Główny Inspektor Pracy
8. Przewodniczący Sejmowej Komisji do Spraw Kontroli Państwowej
9. Przewodniczący Sejmowej Komisji Zdrowia
10. Przewodniczący Sejmowej Komisji Ustawodawczej
11. Przewodniczący Sejmowej Komisji Finansów Publicznych
12. Przewodniczący Senackiej Komisji Zdrowia
13. Przewodniczący Senackiej Komisji Ustawodawczej
14. Przewodniczący Senackiej Komisji Budżetu i Finansów Publicznych
15. Minister Zdrowia
16. Minister Finansów
17. Minister Obrony Narodowej
18. Szef Centralnego Biura Antykorupcyjnego
19. Prezes Urzędu Zamówień Publicznych
20. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
21. Rzecznik Praw Pacjenta
22. Wojewodowie
23. Marszałkowie województw: Dolnośląskiego, Kujawsko-Pomorskiego, Lubelskiego, Wielkopolskiego, Warmińsko-Mazurskiego
24. Rektor Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu
25. Rektor Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
26. Rektor Uniwersytetu Medycznego w Lublinie