



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Gdańsku

LGD – 4101-004-01/2013

P/13/129

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

Delegatura w Gdańsku

ul. Wały Jagiellońskie 36, 80-853 Gdańsk

T +48 58 768 36 00, F +48 58 768 36 05

[lgd@nik.gov.pl](mailto:lgd@nik.gov.pl)

# I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/13/129 – „Dostępność świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej”.
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Gdańsku
Kontrolerzy	1. Katarzyna Michalska, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 86465 z 13 maja 2013 r. 2. Agnieszka Solecka, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 86488 z 11 czerwca 2013 r.  (dowód: akta kontroli str. 1-4)
Jednostka kontrolowana	Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Gdańsku, 80-865 Gdańsk, ul. Marynarki Polskiej 148 (dalej: „Oddział”).
Kierownik jednostki kontrolowanej	Barbara Kawińska, Dyrektor Oddziału w okresie objętym kontrolą, tj. w latach 2011-2013 (I półrocze).  (dowód: akta kontroli str. 5-21)

## II. Ocena kontrolowanej działalności

### Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości<sup>1</sup>, działalność Oddziału w zakresie zabezpieczenia dostępności świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (dalej: „NiŚOZ”), efektywności kontraktowania i finansowania takich świadczeń oraz sprawowania nadzoru i kontroli nad realizacją umów na ich udzielanie w latach 2011-2013 (I półrocze).

### Uzasadnienie oceny ogólnej

Ocenę uzasadnia podjęcie przez Oddział działań w celu zapewnienia dostępu do świadczeń NiŚOZ wszystkim uprawnionym osobom, zamieszkującym na terenie województwa pomorskiego, zrealizowanie przez Dyrektora Oddziału obowiązku ustalenia obszarów zabezpieczenia, zaplanowanie, ogłoszenie i przeprowadzenie postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń NiŚOZ oraz zawarcie takich umów ze świadczeniodawcami, obejmujących okresy: od 1 marca 2011 r. do 28 lutego 2013 r. (dalej: „pierwszy okres kontraktowania”) i od 1 marca 2013 r. do 31 grudnia 2015 r. (dalej: „drugi okres kontraktowania”), a także efektywne ich finansowanie oraz prawidłowe sprawowanie nadzoru i kontroli nad ich realizacją.

Stwierdzone nieprawidłowości polegały m.in. na:

- przyporządkowaniu w pierwszym i drugim okresie kontraktowania po sześć obszarów zabezpieczenia do niższej kategorii zakresu świadczeń, od wynikającej z załącznika Nr 1 do zarządzenia Nr 85/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 grudnia 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej<sup>2</sup> (dalej: „zarządzenie Prezesa NFZ”), co skutkowało niezapewnieniem gotowości do udzielania świadczeń NiŚOZ na tych obszarach w pełnym wymiarze, wynikającym z § 8 ust. 1 ww. zarządzenia;
- przyjęciu (w dwóch przypadkach w pierwszym i w trzech przypadkach w drugim okresie kontraktowania) przy określaniu wielkości populacji obszarów

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

<sup>2</sup> Dz. Urz. NFZ Nr 39, poz. 85 ze zm.

zabezpieczenia danych niezgodnych z wynikającymi ze źródeł określonych w § 6 ust. 2 ww. zarządzenia;

- naruszeniu art. 139 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>3</sup> (dalej: „ustawa o świadczeniach”) poprzez poszerzenie objętego umową ze świadczeniodawcą obszaru zabezpieczenia na okres od 1 stycznia do 28 lutego 2013 r. – bez przeprowadzenia postępowania w trybie konkursu ofert lub rokowań;
- powierzeniu w okresie od 22 kwietnia do 22 maja 2013 r. świadczeniodawcy, (wybranemu w wyniku przeprowadzenia stosownego postępowania) udzielania świadczeń NiŚOZ w nowym obszarze zabezpieczenia bez pisemnej umowy, co stanowiło naruszenie art. 155 ust. 4 ustawy o świadczeniach;
- nieujęciu, niezgodnie z art. 140 ust. 1 ustawy o świadczeniach, w opisie przedmiotu zamówienia we wszystkich badanych ogłoszeniach o postępowaniu z 2011 r. usług świadczonych przez pielęgniarki.

### **III. Opis ustalonego stanu faktycznego**

#### **1. Skuteczność zabezpieczenia dostępności świadczeń NiŚOZ**

Opis stanu faktycznego

1.1. W badanym okresie w Oddziale dwukrotnie przeprowadzono postępowania w celu zawarcia umów o udzielanie świadczeń NiŚOZ. W ich wyniku zawarto ze świadczeniodawcami ww. umowy, obejmujące okresy: od 1 marca 2011 r. do 31 grudnia 2012 r. (przedłużony do 28 lutego 2013 r.) i od 1 marca 2013 r. do 31 grudnia 2015 r.

Dyrektor Oddziału ustalił dla okresów kontraktowania:

- pierwszego: 28 (od 1 stycznia do 28 lutego 2013 r. – 27) obszarów zabezpieczenia, uznając osiem (od 1 stycznia do 28 lutego 2013 r. – siedem) z nich za obejmujące populację do 50.000 osób, 16 – do 100.000 osób, trzy – do 150.000 osób i jeden – powyżej 150.000 osób;
- drugiego: 27 obszarów zabezpieczenia, uznając osiem z nich za obejmujące populację do 50.000 osób, 15 – do 100.000 osób, trzy – do 150.000 osób i jeden – powyżej 150.000 osób.

(dowód: akta kontroli str. 1387, 1401-1425)

Wyznaczone przez Dyrektora Oddziału granice obszarów zabezpieczenia dla obu okresów były spójne i uwzględniały warunki geograficzno-terytorialne województwa (pokrywały się z granicami administracyjnymi – w większości z granicami powiatów – a w Gdańsku i Gdyni przebiegały z zachowaniem granic dzielnic).

W okresach kontraktowania:

- pierwszym: m.in. na terenie pięciu powiatów (słupski, wejherowski, pucki, starogardzki i tczewski) wyznaczono po dwa obszary zabezpieczenia (w tym w powiecie puckim wyodrębniono obszar dla Mierzei Helskiej), a także połączono dwa powiaty (malborski i sztumski) i dwie gminy (Rumia i Reda) w jeden obszar o populacji do 100.000 osób;
- drugim: wprowadzono zmiany, polegające m.in. na podzieleniu powiatu bytowskiego (w pierwszym okresie obszar do 100.000 osób) na dwa obszary do 50.000 osób, przyłączeniu jednej z gmin (Koczała) do obszaru obejmującego powiat człuchowski, odstąpieniu od wyodrębnienia obszaru dla Mierzei Helskiej i zmniejszeniu z pięciu do czterech obszarów dla Gdańska.

(dowód: akta kontroli str. 1286-1306)

<sup>3</sup> Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

Z wyjaśnień Naczelnika Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej w Oddziale (w okresie od 1 maja 2010 r. do 11 marca 2013 r. – dalej: „Naczelnik WSOZ”) wynika m.in., że przy wyznaczaniu ww. obszarów przyjęto założenie utrzymania ich zgodności z podziałem administracyjnym województwa, jedynie duże (pod względem liczby mieszkańców, obszaru, potencjału kadrowo-sprzętowego ewentualnych oferentów) powiaty podzielono na mniejsze części (grupy gmin). W drugim okresie kontraktowania skorygowano granice obszarów w oparciu o doświadczenia z realizacji umów pierwszego okresu.

(dowód: akta kontroli str. 1892, 1928-1931)

**1.2.** Przyjęte przez Oddział przy określaniu wielkości populacji obszarów zabezpieczenia dla obu okresów kontraktowania dane były zgodne (za wyjątkiem danych dla gmin Rumia i Reda oraz powiatu puckiego bez gmin Hel, Jastarnia i Kosakowo w pierwszym, a także miasta Sopot, powiatu chojnickiego z gminą Karsin oraz powiatu słupskiego bez miasta i gminy Ustka – w drugim okresie) z wynikającymi ze źródeł, określonych w § 6 ust. 2 zarządzenie Prezesa NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 1271-1285)

W pierwszym okresie kontraktowania 22 (na 28), a w drugim 21 (na 27) obszarów zabezpieczenia przyporządkowano prawidłowo pod względem wielkości populacji do jednej z kategorii zakresów świadczeń, określonych w załączniku Nr 1 do zarządzenia Prezesa NFZ. W pozostałych przypadkach (po sześć w każdym z okresów) obszary przyporządkowano do niższej kategorii zakresu świadczeń od wynikającej z populacji przyjętej przez Oddział.

(dowód: akta kontroli str. 1286-1287, 1295-1296)

Wielkość populacji w obszarach zabezpieczenia wynikała ze specyfiki demograficznej i geograficznej województwa, w którym na powierzchni około 3% (Trójmiasto, Słupsk, Rumia, Reda i Wejherowo) mieszkało wg stanu na 31 marca 2011 r. 42,3% jego ludności – m.in. obszary zabezpieczenia w kategorii do:

- 50.000 osób w pierwszym okresie kontraktowania liczyły od 7.668 (Mierzeja Helska) do 50.985 (cztery dzielnice Gdańska) osób, a w drugim – od 24.544 (gmina miejska i wiejska Ustka) do 54.065 (powiat człuchowski bez gminy Koczała) osób;
- 100.000 osób: w pierwszym okresie liczyły od 56.762 (powiat człuchowski) do 106.800 (powiat kartuski bez gminy Stężycy) osób, a w drugim – od 68.293 (gminy Rumia i Reda) do 110.378 (powiat kartuski bez gminy Stężycy) osób.

(dowód: akta kontroli str. 1286, 1295, 1401-1423)

**1.3.** W okresach kontraktowania:

- pierwszym – w województwie pomorskim funkcjonowały 54 (w tym jeden dodatkowy), a w drugim 61 (w tym 10 dodatkowych) zespołów dyżurujących. Liczba zespołów na każdym obszarze zabezpieczenia w obu okresach odpowiadała wymaganej dla ustalonej kategorii obszaru;
- pierwszym – 22 (na 28), a w drugim 19 (na 27) obszarów zabezpieczenia spełniało warunek zapewnienia gotowości do udzielania świadczeń w wymiarze co najmniej po jednym lekarzu i pielęgniarkę na każde rozpoczęte 50.000 zamieszkałych osób, wynikający z § 8 ust. 1 zarządzenia Prezesa NFZ. W pozostałych obszarach, na skutek ich przyporządkowania do niższej kategorii zakresu świadczeń od wynikającej z populacji, ww. warunku nie spełniono;
- pierwszym – 54 zespoły dyżurujące udzielały świadczeń w 34 (od 1 stycznia do 28 lutego 2013 r. odpowiednio: 54 i 33) miejscach, a w drugim – 61 zespołów w 33 miejscach;

- pierwszym i drugim w pięciu obszarach (na – odpowiednio – 20 i 19 obszarów z liczbą zakontraktowanych zespołów dyżurujących większą niż jeden) świadczeń udzielano w co najmniej dwóch miejscach, w tym w jednym – w trzech miejscach, a świadczeniodawca na obszarze powiatu lęborskiego w lipcu i sierpniu organizował (w związku ze wzmożonym ruchem turystycznym), dodatkowe miejsce udzielania świadczeń w Łebie;
- pierwszym – siedem z 34, a w drugim sześć z 33 miejsc udzielania świadczeń NiŚOZ zlokalizowano w szpitalach, w tym – odpowiednio – w dwóch i w jednym szpitalu, w których funkcjonował szpitalny oddział ratunkowy (w pozostałych przypadkach świadczeń udzielano w pomieszczeniach przychodni).

(dowód: akta kontroli str. 1286, 1295, 1385-1387, 1401-1423)

Zgodnie z § 3 pkt 5 i 7 zarządzenia Prezesa NFZ w zakresach świadczeń na obszarach zabezpieczenia obejmujących powyżej 50.000 osób, świadczeniodawca w celu zwiększenia dostępności do świadczeń może zorganizować dodatkowe miejsce przyjmowania pacjentów.

Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że wyznaczenie dodatkowych miejsc przyjmowania pacjentów, poza miejscem udzielania wskazanym w postępowaniu konkursowym, przewidziane zostało jako prawo świadczeniodawcy.

(dowód: akta kontroli str. 1889, 1901-1903, 1953-1954)

Dyrektor Oddziału ustaliła obszary zabezpieczenia z zachowaniem proporcji rozlokowania miejsc udzielania świadczeń NiŚOZ, za wyjątkiem Mierzei Helskiej (gminy Hel i Jastarnia zamieszkałe, wg danych GUS na 31 marca 2013 r., przez 7.886 osób), stanowiącej w pierwszym okresie kontraktowania odrębny obszar o kategorii do 50.000 osób, z miejscem udzielania świadczeń w Helu. W drugim okresie ww. obszaru nie ustalono (najbliższe miejsce udzielania świadczeń dla mieszkańców gminy Hel znajduje się w oddalonym o około 45 km Pucku.

(dowód: akta kontroli str. 1286, 1295)

Na ograniczenie dostępu do świadczeń NiŚOZ zwrócił uwagę Burmistrz Helu w skierowanym do Ministra Zdrowia piśmie z 8 marca 2013 r., wskazując m.in., że w okresie letnim jedyna droga łącząca Hel z Puckiem jest bardzo zatłoczona, liczba osób przebywających na tym terenie przekracza 50.000 i w tej sytuacji pacjent z Helu, wobec ograniczonego dostępu do świadczeń NiŚOZ, zgłosi się do szpitala w Helu, który jest włączony w system ratownictwa medycznego. Koszty udzielenia porady i pomocy zostaną wówczas pokryte przez szpital.

(dowód: akta kontroli str. 1296-1234-1237)

Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że wyodrębnienie obszaru zabezpieczenia na terenie gmin Hel i Jastarnia nie sprawdziło się w pierwszym okresie kontraktowania. Ponadto dotychczasowy świadczeniodawca, jedyny potencjalny na tym obszarze, odmówił podpisania aneksu do umowy o udzielanie świadczeń NiŚOZ na okres od 1 stycznia do 28 lutego 2013 r. (przedłużony okres pierwszego kontraktowania). Naczelnik WSOZ wyjaśnił, że likwidacja tego obszaru wynikała także z niewłaściwej realizacji świadczeń NiŚOZ przez dotychczasowego świadczeniodawcę.

(dowód: akta kontroli str. 1911-1931, 1935-1936)

Zastępca Dyrektora Oddziału ds. Ekonomiczno-Finansowych wyjaśniła, że:

- przed 1 marca 2011 r. na terenie województwa pomorskiego funkcjonowało 84 świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej z zakontraktowanym udzielaniem świadczeń w dni wolne od pracy i w święta, a świadczenia te były udzielane w około 40 miejscach;
- nie można porównywać liczby i rozmieszczenia miejsc udzielania ww. świadczeń przed i po 1 marca 2011 r. z powodu różnych zasad ich kontraktowania

i realizacji. Przykładowo liczba świadczeniodawców przed 1 marca 2011 r. nie odpowiada liczbie miejsc udzielania świadczeń, gdyż zawierano odrębne umowy na świadczenia lekarskie i pielęgniarские (mogły być udzielane w tym samym miejscu przez różne podmioty), czy opiekę ambulatoryjną i wyjazdową (zawierano oddzielne umowy na te świadczenia dla tej samej grupy ludzi).

(dowód: akta kontroli str. 1388-1389, 936, 1949-1954)

**1.4.** Do Oddziału wpłynęło pięć pism od jednostek samorządu terytorialnego (dalej: „j.s.t.”), dotyczących skutków zmiany zasad udzielania świadczeń NiŚOZ od 1 marca 2011 r. W jednym z nich Wicemarszałek Województwa Pomorskiego wnioskował o przesunięcie terminu składania ofert oraz wskazywał na potrzebę spotkania informacyjnego dla potencjalnych świadczeniodawców. W pozostałych sygnalizowano niezadowolenie z wyboru świadczeniodawców (Wójt Gminy Bobowo, Rady Gmin w Smętowie Granicznym i Lubichowie, Rada Powiatu Kościerskiego).

Dyrektor Oddziału odpowiedziała na ww. pisma informując m.in., że przesunięcie terminu składania ofert jest niemożliwe ze względu na konieczność zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń, wybór świadczeniodawców nastąpił w wyniku konkursów, przeprowadzonych na warunkach i zasadach określonych m.in. zarządzeniem Prezesa NFZ, a świadczenia lekarskie i pielęgniarские udzielane są wszystkim pacjentom, niezależnie od miejsca ich zamieszkania.

(dowód: akta kontroli str. 1949-1954)

Oddział nie organizował – jak wynika z wyjaśnień Zastępcy Dyrektora Oddziału ds. Ekonomiczno-Finansowych, z powodu ograniczeń czasowych – spotkań z potencjalnymi świadczeniodawcami przed ogłoszeniem w 2011 r. postępowań w celu zawarcia umów o świadczenia NiŚOZ.

(dowód: akta kontroli str. 1006-1025)

Po ogłoszeniu wyników konkursu ofert na drugi okres kontraktowania do Oddziału wpłynęły pisma Rady Dzielnicy Piecki-Migowo w Gdańsku i organów gmin południowej części powiatu starogardzkiego (Skórcz, Bobowo, Lubichowo, Osieczna), w których sprzeciwiano się zmianie dotychczasowego świadczeniodawcy NiŚOZ i wnoszono o ponowną weryfikację ofert.

W odpowiedziach na ww. pisma Dyrektor Oddziału informowała, że warunkiem wyboru jest spełnianie przez oferenta wymogów określonych przez Ministra Zdrowia oraz uzyskanie najwyższej oceny spełniania jawnych, znanych każdemu kryteriów, ustalanych przez Prezesa NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 1110-1133)

**1.5.** Oddział publikował na swojej stronie internetowej (w zakładce „Dla pacjentów/Gdzie się leczyć/Nocna i świąteczna opieka zdrowotna”): wykaz świadczeniodawców, udzielających świadczeń NiŚOZ i jego bieżące aktualizacje oraz mapę województwa z naniesionymi miejscami udzielania ww. świadczeń i ich danymi teleadresowymi, a od 17 maja 2013 r. – z informacjami o liczbie dyżurujących w nich zespołów lekarsko-pielęgniarских. Ponadto w zakładce „Dla świadczeniodawców” publikowano komunikaty, dotyczące obowiązujących od 1 marca 2011 r. zasad udzielania świadczeń NiŚOZ (w tym braku rejonizacji), a także komunikaty o konieczności wywieszenia przez świadczeniodawców listy wszystkich placówek, realizujących ww. świadczenia.

(dowód: akta kontroli str. 1026-1109)

**1.6.** W 2011 r. (od 1 marca), 2012 r. i 2013 r. (do 30 kwietnia) w ramach świadczeń NiŚOZ zrealizowano odpowiednio:

- 286.111, 362.568 i 119.833 porad lekarskich (w tym 95.456, 123.831 i 39.403 udzielonych dzieciom do 14 roku życia, a wśród nich 26.227, 32.357 i 9.164 –

- dzieciom od drugiego do trzeciego oraz 10.779, 13.350 i 4.062 – do pierwszego roku życia), a także 115.228, 128.072 i 30.108 świadczeń pielęgnarskich;
- 31.063, 26.826 i 5.854 wizyt domowych (w tym 5.886, 4.137 i 545 na wezwania, dotyczące dzieci do 14 roku życia, a wśród nich 1.533, 1.041 i 134 – dzieci od drugiego do trzeciego oraz 697, 513 i 72 – do pierwszego roku życia).

Miesięcznie w ww. okresach przypadało średnio na jednego lekarza – odpowiednio – 550, 581 i 535 porad, a na jedną pielęgniarkę – odpowiednio – 222, 205 i 409 świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 1393-1397)

Udzielone w ww. okresach porady lekarskie dotyczyły najczęściej chorób układu: oddechowego (odpowiednio 43%, 46% i 58%), krążenia (odpowiednio 6%, 6% i 5%) i trawienego (odpowiednio 5%, 5% i 4%). Pozostałe porady dotyczyły m.in. chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego, nerwowego i moczowo-płciowego, a także urazów i zatruc.

(dowód: akta kontroli str. 1398-1400)

Ustalone  
nieprawidłowości

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

1. W pierwszym i drugim okresie kontraktowania po sześć obszarów zabezpieczenia przyporządkowano do niższej kategorii zakresu świadczeń, od wynikającej z załącznika Nr 1 do zarządzenia Prezesa NFZ. W szczególności:

- w pierwszym okresie kontraktowania obszary zabezpieczenia obejmujące:
  - cztery dzielnice Gdańska przyporządkowano do kategorii do 50.000 osób, pomimo że przyjęta przez Oddział wielkość populacji tego obszaru była o 985 osób wyższa,
  - powiat kartuski bez gminy Stężyca, powiaty malborski i sztumski, południowe dzielnice Gdyni i sześć dzielnic Gdańska przyporządkowano kategorii do 100.000 osób, pomimo że przyjęte przez Oddział wielkości populacji tych obszarów były o – odpowiednio – 6.800, 4.536, 4.811 i 6.434 osoby wyższe,
  - północne dzielnice Gdyni i gminę Kosakowo przyporządkowano do kategorii do 150.000 osób, pomimo że przyjęta przez Oddział wielkość populacji tego obszaru była o 3.357 osób wyższa,
- w drugim okresie kontraktowania obszary zabezpieczenia obejmujące:
  - powiat człuchowski bez gminy Koczała przyporządkowano do kategorii do 50.000 osób, pomimo że przyjęta przez Oddział wielkość populacji tego obszaru była o 4.065 osób wyższa,
  - powiat kartuski bez gminy Stężyca, powiaty malborski i sztumski, powiat chojnicki z gminą Karsin, północne dzielnice Gdyni oraz osiem dzielnic w Gdańsku przyporządkowano do kategorii do 100.000 osób, pomimo że przyjęte przez Oddział wielkości populacji tych obszarów były o – odpowiednio – 10.378, 7.585, 1.764, 1.708, 958 osób wyższe.

W efekcie powyższych nieprawidłowości nie zapewniono gotowości do udzielania świadczeń NiŚOZ w ww. obszarach w wymiarze co najmniej jednego lekarza i jednej pielęgniarki na każde rozpoczęte 50.000 osób zamieszkałych na tych obszarach, tj. nie zrealizowano wymogu określonego w § 8 ust. 1 ww. zarządzenia.

(dowód: akta kontroli str. 1286-1287, 1296-1297)

Z wyjaśnień:

- Zastępcy Dyrektora Oddziału ds. Ekonomiczno-Finansowych wynika m.in., że liczba zespołów udzielających świadczeń na terenie województwa jest znacznie wyższa od potencjalnej liczby zespołów, wynikającej z przyjętego współczynnika: jeden zespół na 50.000 mieszkańców, przekroczenie wielkości populacji nie jest

wyższe niż 10% i miało na celu optymalizację kosztów przeznaczonych na ryczałt miesięczny – Oddział musiał zdecydować, czy lepszym rozwiązaniem jest zastosowanie wariantu przekroczeń do 10%, przeznaczenie środków finansowych za kolejny zespół dla tak małej populacji przekroczenia, czy też przyporządkowanie obszaru do wyższej kategorii bez uwzględnienia zwiększenia wysokości ryczałtu miesięcznego;

- Naczelnika WSOZ wynika, że na ogół liczba osób uprawnionych do świadczeń jest nieco mniejsza od danych GUS (nieubezpieczeni, czasowa emigracja zarobkowa), a koszt jednego dodatkowego zespołu w danym obszarze to około 600 tys. zł rocznie. Za tę kwotę można zakupić np. świadczenia pięciu poradni specjalistycznych, pracujących trzy razy w tygodniu po cztery godziny, co ma w ocenie Oddziału większą wartość dla zdrowia populacji.

(dowód: akta kontroli str. 1928-1931, 1949-1954)

W ocenie NIK powyższe wyjaśnienia nie mogą zostać uwzględnione, gdyż przywołane wyżej przepisy zarządzenia Prezesa NFZ określają minimum wymogów w zakresie zapewnienia gotowości udzielania świadczeń NiSOZ, nie dopuszczając w tym zakresie wyjątków.

2. Przyjęte przez Oddział przy określaniu wielkości populacji obszarów zabezpieczenia dane były w dwóch przypadkach w pierwszym okresie kontraktowania (dla gmin Rumia i Reda przyjęto 65.860 zamiast 66.025 osób, a dla powiatu puckiego bez gmin Hel i Jastarnia oraz gminy Kosakowo przyjęto 60.203 zamiast 60.038 osób) i w trzech przypadkach w drugim okresie (dla miasta Sopot przyjęto 38.460 zamiast 38.690 osób, dla powiatu chojnickiego z gminą Karsin przyjęto 99.487 zamiast 101.764 osób, a dla powiatu słupskiego bez gminy i miasta Ustka przyjęto 168.742 zamiast 167.976 osób), niezgodne z wynikającymi ze źródeł określonych w § 6 ust. 2 zarządzenia Prezesa NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 1271-1275, 1296, 1286-1287, 1295-1296)

Z wyjaśnień Zastępcy Dyrektora Oddziału ds. Ekonomiczno-Finansowych wynika, że różnica dla powiatu chojnickiego z gminą Karsin wynika z omyłkowego nieuwzględnienia w liczbie populacji tego obszaru mieszkańców gminy Konarzyny, a pozostałe różnice są niewielkie.

(dowód: akta kontroli str. 1900-1901, 1949-1954)

Wprawdzie rozbieżności te pozostają bez wpływu na prawidłowość przyporządkowania ww. obszarów do kategorii zakresów świadczeń, określonych w załączniku Nr 1 do zarządzenia Prezesa NFZ, to jednak w związku z przyjętą przez Oddział metodologią kalkulacji ryczałtów miesięcznych, nieprawidłowość ta skutkowałą:

- w pierwszym okresie kontraktowania: niższym o 90,32 zł ryczałtem miesięcznym dla świadczeniodawcy na obszarze gmin Rumii i Redy i wyższym o 90,32 zł ryczałtem dla świadczeniodawcy na obszarze powiatu puckiego bez gminy Kosakowo, Hel i Jastarnia (w całym okresie kontraktowania różnica wynosiła 2.167,62 zł),
- w drugim okresie kontraktowania: niższym o 97,92 zł ryczałtem miesięcznym dla świadczeniodawcy na obszarze Sopotu (tj. 3.329,29 zł w całym okresie kontraktowania) oraz niższym o 969,41 zł ryczałtem miesięcznym dla świadczeniodawcy na obszarze powiatu chojnickiego z gminą Karsin (tj. 32.959,94 zł w całym okresie kontraktowania). W przypadku obszaru powiatu słupskiego bez gminy Ustka rozbieżności nie wpłynęły na wysokość ryczałtu, gdyż został on podwyższony ze względu na specyfikę regionu.

(dowód: akta kontroli str. 1900-1902, 1949-1954)

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości<sup>4</sup>, skuteczność działań Oddziału w zakresie zabezpieczenia dostępności świadczeń NiŚOZ.

## 2. Efektywność kontraktowania i finansowania świadczeń udzielanych w ramach NiŚOZ

Opis stanu faktycznego

2.1. Z wyjaśnień Dyrektor Oddziału wynika, że czas na przeprowadzenie postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń NiŚOZ dla pierwszego okresu kontraktowania był bardzo ograniczony. Zgodnie z planem postępowań na 2011 r. ogłoszenie konkursów w sprawie ich zawarcia zaplanowano na 21 stycznia 2011 r., upływ terminów składania i otwarcia ofert na – odpowiednio – 3 i 7 lutego 2011 r., a rozstrzygnięcie postępowań na 18 lutego 2011 r.

(dowód: akta kontroli str. 1330-1333, 1910)

W latach 2011-2012 Dyrektor Oddziału ogłosiła 44 postępowania w celu zawarcia umów o udzielanie świadczeń NiŚOZ (35 w trybie konkursu ofert, a dziewięć – rokowań), z których 32 rozstrzygnięto, pięć odwołano, a siedem unieważniono. Na drugi okres kontraktowania Dyrektor Oddziału ogłosiła 57 postępowań (55 w trybie konkursu ofert, a dwa – rokowań), z których 28 rozstrzygnięto, 28 odwołano, a jedno unieważniono.

(dowód: akta kontroli str. 1265-1266, 1385-1386)

W wyniku postępowań, dotyczących pierwszego okresu kontraktowania zawarto umowy o udzielanie świadczeń NiŚOZ na okres od 1 marca 2011 r. do 31 grudnia 2012 r., przedłużone aneksami na okres od 1 stycznia 2013 r. do 28 lutego 2013 r. z powodu – jak wynika z wyjaśnień Dyrektor Oddziału – zagrożenia niezabezpieczenia świadczeń w tym okresie.

Oddział na podstawie § 43 ust. 1 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>5</sup> (dalej: „Ogólne warunki umów”) przedstawił świadczeniodawcom NiŚOZ propozycję przedłużenia obowiązujących do 31 grudnia 2012 r. umów na okres od 1 stycznia do 28 lutego 2013 r. Warunków przedłużenia nie zaakceptował jeden świadczeniodawca, udzielający świadczeń na obszarze gmin Hel i Jastarnia. Dyrektor Oddziału 14 grudnia 2012 r. wyraziła zgodę na przeniesienie kontraktu na rzecz świadczeniodawcy NiŚOZ z obszaru powiatu puckiego.

Umowy na drugi okres kontraktowania zawarto na czas od 1 marca 2013 r. do 31 grudnia 2015 r., po rozstrzygnięciu postępowań ogłoszonych 19 grudnia 2012 r.

(dowód: akta kontroli str. 1134-1141, 1307-1329, 1911, 1924)

2.2. Badanie 20 (po 10 z 2011 r. i 2013 r.) z przeprowadzonych w badanym okresie postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń NiŚOZ, dotyczących 10 obszarów zabezpieczenia do 50.000 osób i 10 do 100.000 osób wykazało, że:

- wszystkie ogłoszenia o postępowaniach zawierały elementy określone w § 2 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań<sup>6</sup> (dalej: „rozporządzenie w sprawie postępowania”), przy czym w opisie przedmiotu zamówienia we wszystkich (10) ogłoszeniach

<sup>4</sup> Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen cząstkowych dotyczących działalności w badanym obszarze: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna.

<sup>5</sup> Załącznik 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).

<sup>6</sup> Dz. U. Nr 273, poz. 2719.

z 2011 r. ujęto jedynie usługi lekarskie (nie ujęto usług świadczonych przez pielęgniarki), podczas gdy przepis art. 140 ust. 1 ustawy o świadczeniach stanowi, że przedmiot zamówienia opisuje się w sposób jednoznaczny i wyczerpujący;

- we wszystkich postępowaniach zgodnie z art. 139 ust. 4 ustawy o świadczeniach Dyrektor Oddziału powołała komisje konkursowe, których skład odpowiadał wymogom § 5 ust. 1 rozporządzenia w sprawie postępowania;
- w dokumentacji 17 postępowań znajdowały się oświadczenia członków komisji, o których mowa w § 5 ust. 3 rozporządzenia w sprawie postępowania (dokumentacja dwóch postępowań takich oświadczeń nie zawierała, a w jednym postępowaniu nie nastąpiły przesłanki ich złożenia);
- postępowania składały się z części jawnej i niejawnej, zgodnie z art. 142 ust. 2 i 5 oraz art. 143 ust. 4 i 5 ustawy o świadczeniach;
- komisje konkursowe w trakcie postępowań przeprowadziły na podstawie § 6 ust. 2 rozporządzenia w sprawie postępowania kontrole 12 świadczeniodawców, ubiegających się o zawarcie umowy – w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie, w tym – zgodnie z określonymi przez Prezesa NFZ „Procedurami konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych”<sup>7</sup> – obligatoryjnie u oferentów, którzy dotychczas nie mieli zawartej umowy o udzielanie świadczeń NiŚOZ;
- komisja sporządziła protokoły z przebiegu 18 postępowań, jednak w siedmiu protokołach nie zamieściła daty zakończenia postępowania, wymaganej § 7 pkt 1 rozporządzenia w sprawie postępowania (dokumentacja pozostałych dwóch postępowań nie zawierała ww. protokołów);
- na podstawie art. 149 ust. 1 ustawy o świadczeniach odrzucono dziewięć ofert, w tym dwie jako zawierające nieprawdziwe informacje, cztery jako zawierające rażąco niską cenę i trzy jako niespełniające warunków, określonych przez Prezesa NFZ na podstawie art. 146 ust. 1 pkt. 3 ww. ustawy;
- trzy postępowania zostały przez Dyrektora Oddziału unieważnione na podstawie art. 150 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy o świadczeniach (w jednym nie wpłynęła żadna oferta, a w dwóch odrzucono wszystkie oferty). W pozostałych postępowaniach komisja ogłaszała o ich rozstrzygnięciu w sposób określony w art. 151 ww. ustawy;
- formularze ofertowe oferentów zawierały wszystkie elementy, określone w § 10 ust. 4 zarządzeń Prezesa NFZ w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>8</sup>, a sposób ich przygotowania i składania był zgodny z §§ 14-19 tych zarządzeń. W formularzach wszyscy oferenci (za wyjątkiem jednego<sup>9</sup>), deklarowali, że spełniają warunki określone w zarządzeniu Prezesa NFZ, dotyczące personelu, lokalu i wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny;
- zgodnie z art. 147 ustawy o świadczeniach kryteria oceny ofert i warunki wymagane od świadczeniodawców były jawne, określone w ogłoszeniach o postępowaniach i nie podlegały zmianie w trakcie postępowań;
- z 32 oferentów biorących udział w badanych postępowaniach spełnienie wymagań dodatkowo ocenianych, określonych w punktach 4.1, 4.2, 4.3, 4.4, 4.5,

<sup>7</sup> Procedury nr 2011/001/BO/KONTR/5.9.1 i nr 2009/001/BO/KONTR/5.4.

<sup>8</sup> Nr 49/2010/DSOZ z dnia 31 sierpnia 2010 r i Nr 46/2011/DSOZ z dnia 16 września 2011 r.

<sup>9</sup> W postępowaniu nr 11-11-000641/POZ/0112/01.0000.156.16/1NZOZ Medyk oświadczył, że nie spełnia aktualnie ww. warunków, ale będzie je spełniał od początku obowiązywania umowy.

4.6, 4.7 i 4.8 załącznika Nr 3 do zarządzenia Prezesa NFZ, zadeklarowało – odpowiednio – 20, 12, 15, 29, 32, 31, 32 i 15 oferentów.

- wszystkie umowy o udzielanie świadczeń NiSOZ objęte badaniem zawarto zgodnie z art. 155 ust. 4 ustawy o świadczeniach w formie pisemnej, przy czym jedną umowę zawarto po upływie miesiąca od rozstrzygnięcia postępowania.  
(dowód: akta kontroli str. 75-167, 180-190, 235-247, 332-379, 413-694)

**2.3.** O zawarciu umów o udzielanie świadczeń NiSOZ ubiegało się w postępowaniach dotyczących pierwszego okresu kontraktowania 55 (w tym czterech nieudzielających takich świadczeń przed 1 marca 2011 r.), a w postępowaniach dotyczących drugiego okresu – 60 oferentów (w tym dziewięciu nieudzielających świadczeń w pierwszym okresie kontraktowania).  
(dowód: akta kontroli str. 1385-1386, 1388-1389)

Komisja konkursowa w postępowaniach dotyczących pierwszego i drugiego okresu kontraktowania przeprowadziła – odpowiednio – dziewięć i 29 wizytacji w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych przedstawionych przez oferentów (wizytacją objęto wszystkich oferentów, nieudzielających wcześniej świadczeń NiSOZ, których oferty nie zostały odrzucone lub złożone w unieważnionych postępowaniach). Wzywała również (odpowiednio: w 33 przypadkach na 59 złożonych ofert i 42 przypadkach na 60 złożonych ofert) oferentów do uzupełnienia braków formalnych w ofertach.  
(dowód: akta kontroli str. 1385-1386)

W postępowaniach dotyczących pierwszego okresu kontraktowania odrzucono 16, a drugiego – dwie oferty, uzasadniając to rażąco niską ceną w stosunku do wartości zamówienia, niespełnieniem wymaganych warunków, dostarczeniem nieprawdziwych informacji lub nieprzedstawieniem przez oferenta wszystkich wymaganych dokumentów i nieuzupełnieniem ich w terminie.  
(dowód: akta kontroli str. 1385-1386)

Spośród wybranych ofert: 15 dla pierwszego, a 19 dla drugiego okresu kontraktowania złożyły niepubliczne podmioty lecznicze. Pozostałe wybrane oferty złożone zostały przez publiczne podmioty lecznicze (odpowiednio 8 i 4).  
(dowód: akta kontroli str. 1385-1386)

W postępowaniach dotyczących pierwszego okresu kontraktowania do Dyrektora Oddziału wpłynęło osiem, a drugiego okresu – 11 odwołań, dotyczących – odpowiednio – ośmiu i siedmiu postępowań. Jedno odwołanie Dyrektor Oddziału uwzględniła, a pozostałe oddaliła i nadała decyzjom rygor natychmiastowej wykonalności. Do Prezesa NFZ uczestnicy rozstrzygnięć złożyli – odpowiednio – pięć i cztery odwołania. W wyniku rozpatrzenia czterech odwołań dotyczących pierwszego okresu kontraktowania (jednego odwołania Dyrektor Oddziału nie przekazała do Prezesa NFZ, ponieważ zmieniła wcześniejszą decyzję i odwołanie uwzględniła): w trzech sprawach Prezes NFZ utrzymała decyzje Dyrektora Oddziału, a w jednej stwierdziła wniesienie odwołania po terminie. Z czterech odwołań dotyczących drugiego okresu: w trzech sprawach Prezes NFZ utrzymała decyzje Dyrektora Oddziału, a w jednej uchyliła zaskarżoną decyzję w całości. W wyniku ponownego rozpatrzenia sprawy Dyrektor Oddziału ponownie oddaliła odwołanie i nadała decyzji rygor natychmiastowej wykonalności.  
(dowód: akta kontroli str. 1427-1847)

W postępowaniach o udzielanie świadczeń NiSOZ oferenci zgłosili:

- dodatkowy zespół dyżurujący w odniesieniu do wielkości obszaru zabezpieczenia (trzech oferentów w postępowaniach dotyczących pierwszego okresu kontraktowania – z wszystkimi zawarto umowy, które jednak dwóch z nich

wypowiedziało, a oferty złożone w nowych postępowaniach nie przewidywały dodatkowych zespołów oraz 16 oferentów w postępowaniach dotyczących drugiego okresu – umowy zawarto z 10 z nich); lekarzy posiadających specjalizację lub będących w trakcie specjalizacji w dziedzinie medycyny rodzinnej, pediatrii lub chorób wewnętrznych (28 oferentów w postępowaniach dotyczących pierwszego okresu kontraktowania oraz 26 oferentów w postępowaniach dotyczących drugiego okresu – Oddział zawarł w obu okresach umowy z 23 oferentami, z tego w drugim okresie Dyrektor Oddziału rozwiązał jedną umowę z dniem 22 kwietnia 2013 r.);

- że zapewniają diagnostykę laboratoryjną (21 w postępowaniach dotyczących pierwszego, a 20 drugiego okresu – umowy zawarto z odpowiednio 14 i dziewięcioma spośród nich), diagnostykę RTG (25 w postępowaniach dotyczących pierwszego, a 28 drugiego okresu – umowy zawarto z odpowiednio 18 i 14 spośród nich), środek transportu sanitarnego (36 w postępowaniach dotyczących pierwszego, a 44 drugiego okresu – umowy zawarto odpowiednio z 23 i 22 spośród nich) oraz gotowość do użytkowania samochodu osobowego jako środka transportu (36 w postępowaniach dotyczących pierwszego, a 45 drugiego okresu – umowy zawarto odpowiednio z 23 i 21 spośród nich).

(dowód: akta kontroli str. 713-716, 695-697, 1142-1144, 1385-1396)

W pierwszym okresie kontraktowania u wszystkich świadczeniodawców NiŚOZ w województwie pomorskim, w różnym tygodniowym wymiarze pracy świadczenia NiŚOZ realizowało 122, a w drugim okresie 97 pediatrów.

(dowód: akta kontroli str. 1385-1396)

W pierwszym okresie kontraktowania obowiązywało 28 umów o udzielanie świadczeń NiŚOZ. Trzy z nich obejmowały łącznie siedem obszarów zabezpieczenia, a w przypadku dwóch obszarów zawarto po dwie, następujące po sobie, umowy (po ponownym ogłoszeniu i rozstrzygnięciu postępowań).

W drugim okresie obowiązują 23 ww. umowy. Cztery z nich obejmują łącznie dziewięć obszarów zabezpieczenia, a w przypadku jednego obszaru zawarto dwie, następujące po sobie, umowy (po wypowiedzeniu umowy świadczeniodawcy i ponownym ogłoszeniu i przeprowadzeniu postępowania).

(dowód: akta kontroli str. 1387)

Spośród 25 świadczeniodawców w pierwszym, a 23 w drugim okresie kontraktowania, odpowiednio: trzech i dwóch udzielało tylko świadczeń NiŚOZ, 15 i 14 także świadczeń w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, a pozostałych siedmiu (w obu okresach) było stacjonarnymi zakładami opieki zdrowotnej. Wartość zakontraktowanych świadczeń NiŚOZ w tych grupach wynosiła, odpowiednio: 9.196.022,40 zł i 1.248.690,00 zł, 42.388.422,48 zł i 20.635.094,00 zł oraz 13.995.924,00 zł i 6.192.352,00 zł.

(dowód: akta kontroli str. 1388-1389)

**2.4.** Z wyjaśnień Dyrektor Oddziału wynika, że realizując zadania określone w art. 107 ust. 8 ustawy o świadczeniach uczestniczyła w spotkaniach organizowanych z jej inicjatywy i innych organów, m.in. z Burmistrzem Łeby, Radą Miasta Hel, radnymi i mieszkańcami dzielnicy Morena, Starostą Powiatu Gdańskiego). Ponadto 24 kwietnia 2012 r. wystąpiła do wybranych 15 j.s.t. o przekazanie opinii o obowiązujących w pierwszym okresie kontraktowania obszarach zabezpieczenia, informując, że zostanie ona uwzględniona w przygotowywaniu projektu planu zabezpieczenia dostępności do świadczeń NiŚOZ na 2013 r. Osiem j.s.t. nie zgłosiło uwag w tym zakresie, a siedem zaproponowało nieznaczne zmiany. Oddział uwzględnił niektóre, m.in. gminę Łęczycza (powiat wejherowski) przyłączono do obszaru powiatu lęborskiego (zgodnie

z sugestią Wójta Gminy Łęczyce), a gminę Karsin (powiat kościerski) włączono do obszaru powiatu chojnickiego (zgodnie z sugestią Starosty Chojnickiego).

(dowód: akta kontroli str. 1151-1187, 1932)

Z informacji uzyskanych w trakcie kontroli od 11 wójtów, burmistrzów i starostów z terenu województwa pomorskiego wynika, że w badanym okresie nie podejmowali działań i nie współpracowali z Oddziałem w celu zapewnienia mieszkańcom świadczeń NiŚOZ (w trzech przypadkach) lub że współpraca taka istniała i została przez nich oceniona pozytywnie (w ośmiu przypadkach). Natomiast sześciu wójtów, burmistrzów i starostów poinformowało o swoich uwagach, dotyczących zmiany dotychczasowego miejsca udzielania świadczeń (w tym m.in. o pogorszeniu dostępności do ww. świadczeń w drugim okresie kontraktowania dla mieszkańców Mierzei Helskiej), wyznaczenia dodatkowego miejsca udzielania świadczeń, a także braku konsultacji w zakresie wyboru nowego świadczeniodawcy.

(dowód: akta kontroli str. 1188-1237)

**2.5.** Naczelnik WSOZ wyjaśnił, że wobec nieokreślenia przez Prezesa NFZ sposobu kalkulacji ryczałtów miesięcznych za gotowość do wykonywania świadczeń NiŚOZ, Oddział przyjął metodologię kalkulacji kosztów wzorując się na sposobie obliczania stawki dla szpitalnych oddziałów ratunkowych i izb przyjęć. W kalkulacji ryczałtu, oprócz kosztów stałych funkcjonowania zespołu dyżurującego, uwzględniono liczebność populacji danego obszaru zabezpieczenia. Dla pierwszego okresu kontraktowania jako podstawę przyjęto 1.000 zł dziennie za jeden zespół dyżurujący (lekarsko-pielęgniarski) na każde 50.000 mieszkańców obszaru zabezpieczenia powiększone o iloczyn liczby mieszkańców danego obszaru (według przyjętych przez Oddział źródeł informacji) pomnożonej przez 0,018 zł i 30,41 (tj. średnią liczbę dni w miesiącu)<sup>10</sup>. Dla drugiego okresu zwiększono podstawę z 1.000 zł do 1.300 zł dziennie za jeden zespół i zmniejszono z 0,018 zł do 0,014 zł stawkę, przez którą mnożono liczbę mieszkańców<sup>11</sup>. Naczelnik WSOZ wyjaśnił ponadto, że stawki w 2011 r. (1.000 zł i 0,018 zł) wyznaczono na podstawie doświadczenia pracownika Oddziału, zarządzającego kiedyś placówką udzielającą takich świadczeń. W 2013 r. zachowano metodologię kalkulacji (za wyjątkiem powiatu słupskiego bez gminy Ustka) zmniejszając wagę populacji i podnosząc dzienną stawkę za jeden zespół. Wyliczone w ww. sposób stawki ryczałtów stanowiły podstawę do określenia planów zakupu świadczeń<sup>12</sup>. W ogłoszeniach o postępowaniach jako wartość zamówienia podawano iloczyn ryczałtu miesięcznego i ilości miesięcy danego roku finansowego.

(dowód: akta kontroli str. 1338-1384, 1928-1931)

W drugim okresie kontraktowania dla obszaru powiatu słupskiego i miasta Słupsk bez gminy Ustka (obszar zabezpieczenia powyżej 150 tys. osób – cztery zespoły lekarsko-pielęgniarskie) zwiększono ryczałt miesięczny z 229.972 zł do 249.266 zł z powodu słabej gęstości zaludnienia i rozległej powierzchni tego obszaru.

Z wyjaśnień Zastępcy Dyrektora Oddziału ds. Ekonomiczno-Finansowych wynika, że kalkulując stawkę ryczałtu dla tego obszaru stwierdzono, że jest on jedynym, w którym wartość postępowania przy zastosowaniu przyjętej kalkulacji będzie niższa od wartości środków, przeznaczanych na zabezpieczenie świadczeń na tym obszarze w pierwszym okresie kontraktowania. Przy wzroście kosztów stałych (np. cen benzyny) miało to szczególne znaczenie dla zabezpieczenia świadczeń wyjazdowych. Ponadto uwzględniono, że obszar obejmuje bardzo rozległy teren,

<sup>10</sup> Przykładowo, dla obszaru powiatu gdańskiego (na terenie którego, wg danych GUS, mieszkało 93.191 osób) kalkulacja ryczałtu była następująca: 2 (obszar do 100.000 osób) x 1.000 zł + (93.191 osób x 0,018 zł) x 30,41 = 111.831 zł.

<sup>11</sup> Przykładowo, dla obszaru powiatu gdańskiego (na terenie którego, wg danych GUS, mieszkało 99.000 osób) kalkulacja ryczałtu była następująca: 2 (obszar do 100.000 osób) x 1.300 zł + (99.000 osób x 0,014 zł) x 30,41 = 121.214 zł.

<sup>12</sup> W planie zakupu w ramach działalności podstawowej w zakresie NiŚOZ uwzględniono świadczenia udzielane pacjentom na podstawie przepisów o koordynacji (zdefiniowanych w art. 5 pkt 32 ustawy o świadczeniach).

na którym odległość od ewentualnego miejsca udzielania świadczeń (Słupsk) do najdalej położonego miejsca (Przytock) wynosi aż 52 km. Zwiększony ryczałt uwzględniono w planie zakupu, a następnie w planie postępowań konkursowych.

(dowód: akta kontroli str. 1251, 1342, 1949-1954)

Oddział przeznaczył na finansowanie świadczeń NiŚOZ: 35.314.896,50 zł w 2010 r., 33.219.254,15 zł w 2011 r., 32.840.755,64 zł w 2012 r. i 8.275.699,54 zł w I kwartale 2013 r.<sup>13</sup>. Środki te stanowiły – odpowiednio – 8,5%, 7,9%, 7,5% i 7,4% ogółu środków, przeznaczonych przez Oddział na świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej (odpowiednio: 416.402.930,00 zł, 421.275.500,00 zł, 437.489.370,00 zł i 111.221.630,00 zł).

(dowód: akta kontroli str. 1390-1393)

W kategorii obszarów zabezpieczenia:

- do 50.000 osób: w pierwszym okresie kontraktowania wysokość ryczałtów wahała się od 13.410,80 zł (gminy Hel i Jastarnia) do 58.295,90 zł (cztery dzielnice Gdańska), a w drugim okresie – od 46.380,00 zł (część południowa powiatu starogardzkiego) do 62.550,00 zł (powiat człuchowski bez gminy Koczała);
- do 100.000 osób: ryczałt na jeden zespół dyżurujący wynosił w pierwszym okresie kontraktowania od 44.138,25 zł (powiat kościerski z gminą Stężyca) do 59.086,60 zł (południowe dzielnice Gdyni), a w drugim – od 31.000,00 zł (gminy Rumia i Reda z dodatkowym zespołem dyżurującym) do 62.434,50 zł (powiaty malborski i sztumski);
- do 150.000 osób (trzy obszary): ryczałt na jeden zespół dyżurujący wynosił w pierwszym okresie kontraktowania od 49.500,00 zł (12 dzielnic Gdańska) do 58.387,20 zł (północne dzielnice Gdyni), a w drugim – od 36.862,50 zł (powiat wejherowski bez gmin Rumia i Reda z dodatkowym zespołem dyżurującym) do 54.033,33 zł (dziesięć dzielnic Gdańska);
- powyżej 150.000 osób: w pierwszym i drugim okresie kontraktowania wyznaczono po jednym takim obszarze, dla którego ryczałt na jeden zespół dyżurujący wynosił – odpowiednio – 59.591,20 zł i 58.941,50 zł.

W związku z uwzględnieniem przez Oddział w kalkulacji ryczałtów miesięcznych wielkości populacji zamieszkującej dany obszar zabezpieczenia, nie wystąpiły w województwie pomorskim przypadki, w których w ramach danej kategorii zabezpieczenia obszary o większej populacji obsługiwali świadczeniodawcy za stawki niższe, niż świadczeniodawcy obsługujący obszary o mniejszej populacji.

(dowód: akta kontroli str. 1401-1417)

**2.6. Zasady rozliczania umów o udzielanie świadczeń NiŚOZ uregulowane zostały w §§19, 23 ust. 1 i 24 ust. 1 Ogólnych warunków umów.**

Z wyjaśnień Dyrektora Oddziału wynika, że informacje o świadczeniach NiŚOZ, przekazywane przez świadczeniodawców na podstawie § 9 ust. 1 i 2 zarządzenia Prezesa NFZ, nie mają wpływu na wypłatę ryczałtu miesięcznego – następuje ona na podstawie wystawionych przez świadczeniodawców rachunków, po ich weryfikacji pod kątem zgodności finansowej z zawartą umową przez Wydział Ekonomiczno-Finansowy Oddziału.

(dowód: akta kontroli str. 1937-1940)

W uwagach do projektu zmiany zarządzenia Prezesa NFZ Dyrektor Oddziału zaproponowała wprowadzenie obowiązku sprawozdawczości z wykonanych badań diagnostycznych i laboratoryjnych m.in. w celu stałego monitorowania realizacji

<sup>13</sup> W tym na podstawie przepisów o koordynacji odpowiednio: 21.819,00 zł (2010 r.), 36.415,31 zł (2011 r.), 77.864 zł (2012 r.) i 9.595,00 zł (I kwartał 2013 r.).

warunków deklarowanych w ofercie (dodatkowo punktowanych i często decydujących o jej wyborze).

(dowód: akta kontroli str. 1941-1947)

2.7. Do 28 lutego 2011 r. w ramach świadczeń gwarantowanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej dostępne były świadczenia:

- nocnej i świątecznej opieki medycznej, finansowane w oparciu o roczną stawkę kapitacyjną za podopiecznego (21 zł), korygowaną w stosunku do konkretnego świadczeniobiorcy współczynnikiem odpowiednim dla liczebności populacji objętej opieką (1,4 dla populacji do 5.000 osób, 1,2 dla populacji od 5.001 do 10.000 osób i 1,0 dla populacji powyżej 10.000 osób);
- nocnej i świątecznej ambulatoryjnej oraz wyjazdowej opieki lekarskiej/pielęgniarskiej, finansowane na podstawie rocznych stawek kapitacyjnych za jednego podopiecznego, określanych przez Prezesa NFZ (w 2010 r. w obu rodzajach opieki dla świadczeń opieki lekarskiej i pielęgniarskiej stawki te wynosiły – odpowiednio – 4,56 zł 1,92 zł).

(dowód: akta kontroli str. 1925-1927)

W 2010 r. na świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej, udzielane w porze nocnej i w dni wolne od pracy Oddział przeznaczył 35.314.896,50 zł, w styczniu 2011 r. – 2.917.944,94 zł, a w lutym 2011 r. – 2.928.972,20 zł.

(dowód: akta kontroli str. 1391-1392)

Ustalone  
nieprawidłowości

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

1. W wyniku objęcia umową zawartą ze świadczeniodawcą NiŚOZ w Pucku przez okres od 1 stycznia do 28 lutego 2013 r. obszaru gmin Hel i Jastarnia (i zwiększeniem wartości kontraktu dla tego świadczeniodawcy o 26.821,60 zł), naruszono art. 139 ust. 1 ustawy o świadczeniach, zgodnie z którym zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej odbywa się po przeprowadzeniu postępowania w trybie konkursu ofert albo rokowań.

(dowód: akta kontroli str. 1138-1139)

W ocenie NIK, wyjaśnienia Zastępcy Dyrektora Oddziału ds. Ekonomiczno-Finansowych, z których wynika, że Oddział nie dysponował odpowiednim czasem na przeprowadzenie postępowania konkursowego, nie mogą zostać uwzględnione. Należało przewidzieć ryzyko wystąpienia sytuacji, w której świadczeniodawca nie wyrazi zgody na przedłużenie umowy obowiązującej do 31 grudnia 2012 r., co spowoduje konieczność przeprowadzenia postępowania.

(dowód: akta kontroli str. 1953)

2. Oddział w okresie od 22 kwietnia do 22 maja 2013 r. powierzył (w wyniku przeprowadzenia postępowania) świadczeniodawcy, udzielającemu świadczeń NiŚOZ na innym obszarze zabezpieczenia, udzielanie takich świadczeń na obszarze zabezpieczenia gmin Gniew, Pelplin i Morzeszczyn bez pisemnej umowy, co stanowiło naruszenie art. 155 ust. 4 ustawy o świadczeniach, zgodnie z którym umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wymaga formy pisemnej pod rygorem nieważności.

(dowód: akta kontroli str. 235-318)

Z wyjaśnień Dyrektor Oddziału wynika, że umową ze świadczeniodawcą objęto ten obszar zabezpieczenia dopiero 22 maja 2013 r., ponieważ użytkowany w Oddziale system informatyczny uniemożliwiał utworzenie nowego aneksu w przypadku, gdy nie został zamknięty poprzednio otwarty aneks finansowy, a w okresie od 22 kwietnia do 22 maja 2013 r., świadczeniodawca realizował usługi na podstawie protokołu i ustaleń z rokowań oraz rozstrzygnięcia rokowań.

(dowód: akta kontroli str. 319-331)

NIK nie może uznać ww. wyjaśnień, ponieważ do obowiązków Dyrektora Oddziału należy podjęcie takich rozwiązań organizacyjnych, które zapewnią działania zgodne z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.

3. W opisie przedmiotu zamówienia we wszystkich badanych (10) ogłoszeniach z 2011 r. ujęto jedynie usługi lekarskie (nie ujęto usług świadczonych przez pielęgniarki), podczas gdy przepis art. 140 ust. 1 ustawy o świadczeniach stanowi, że przedmiot zamówienia opisuje się w sposób jednoznaczny i wyczerpujący.

(dowód: akta kontroli str. 90-99, 123-167, 332-379, 413-459.)

Z wyjaśnień Dyrektor Oddziału wynika, że brak pełnego opisu przedmiotu zamówienia wynikał z błędu w szablonie ogłoszenia, którego nie zidentyfikowano z powodu występujących wówczas ograniczeń czasowych.

(Dowód: akta kontroli str.319-331, 380-387)

4. Dokumentacja dwóch postępowań<sup>14</sup> nie zawierała protokołów z ich przebiegu, wymaganych przepisami § 7 rozporządzenia w sprawie postępowania, w siedmiu protokołach<sup>15</sup> nie zamieszczono daty zakończenia postępowania, pomimo takiego wymogu, wynikającego z § 7 pkt 1 ww. rozporządzenia, a dokumentacja dwóch postępowań z 2011 r.<sup>16</sup> nie zawierała oświadczeń członków komisji konkursowej o nieistnieniu przesłanek o wyłączeniu ich z prac komisji, wymaganych przepisami § 5 ust. 3 ww. aktu prawnego.

(dowód: akta kontroli str. 90-99, 123-145, 322-411, 427-459)

Członek komisji przetargowych, pełniący w postępowaniach funkcje wiceprzewodniczącego i przewodniczącego komisji wyjaśnił, że oświadczenia prawdopodobnie w trakcie archiwizacji dokumentów przełożono do innej dokumentacji, a po dwóch latach trudno mu ustalić powód niewygenerowania przez system informatyczny daty zakończenia postępowania.

(dowód: akta kontroli str. 380-387)

Uwagi dotyczące  
badanej działalności

1. W jednym postępowaniu<sup>17</sup> komisja nie odrzuciła jedynej złożonej oferty, pomimo że nie wskazano w niej wystarczającej liczby godzin pracy pielęgniarek w celu zapewnienia dwóch pełnych zespołów lekarsko-pielęgniarskich na obszarze do 100.000 osób (obszar wymagał zapewnienia pracy pielęgniarek przez 236 godzin w tygodniu, a z oferty wynikało, że oferent może zapewnić taką pracę przez 232 godziny).

(dowód: akta kontroli str. 180-210, 227-234)

Przewodnicząca komisji konkursowej wyjaśniła, że zaakceptowanie ww. rozbieżności wynikało z przeoczenia.

(dowód: akta kontroli str. 211-234, 319-326)

W trakcie kontroli wprowadzono zmianę do załącznika Nr 2 („Harmonogram – zasoby”) do umowy o udzielanie świadczeń NiŚOZ z podmiotem, który złożył ww. ofertę, polegającą na zwiększeniu średniej liczby godzin w tygodniu z 24 na 28 godzin dla jednej z pielęgniarek.

(dowód: akta kontroli str.180-210, 227-234)

<sup>14</sup>Konkursy nr: 11-11-000650/POZ/0112/01.0000.155.16/1 i 11-11-000659/POZ/0112/01.0000.155.16/1.

<sup>15</sup> Postępowania nr: 11-11-000637/POZ/0112/01.0000.155.16/1, 11-11-000641/POZ/0112/01.0000.155.16/1, 11-11-000647/POZ/0112/01.0000.155.16/1, 11-11-000649/POZ/0112/01.0000.155.16/1, 11-11-000683/POZ/0112/01.0000.155.16/2, 11-11-000684/POZ/0112/01.0000.155.16/2, 11-11-000740/POZ/0112/01.0000.155.16/1.

<sup>16</sup> Nr 11-11-000637/POZ/0112/01.0000.155.16/1 i 11-11-000650/POZ/0112/01.0000.155.16/1.

<sup>17</sup> Nr 11-13-00062/POZ/0112/01.0000.155.16/1.

2. Komisja konkursowa w trzech postępowaniach (dwóch z 2011 r. i jednym z 2013 r.)<sup>18</sup> odrzuciła, na podstawie art. 149 ust. 1 pkt 4 ustawy o świadczeniach, po jednej ofercie z powodu rażąco niskiej ceny w stosunku do przedmiotu zamówienia – bez skorzystania z uprawnienia, jakie daje § 6 ust. 1 rozporządzenia w sprawie postępowania, tj. zażądania od oferentów złożenia wyjaśnień w sprawie, w sytuacji, gdy mogło to mieć wpływ na wybór korzystniejszej oferty.

Odrzucone oferty zawierały wprawdzie inną od wymaganej kalkulację ceny jednostkowej (w dwóch przypadkach wartość usług określono na jeden dzień ich świadczenia, a w jednym przypadku na jedną osobę z obszaru zabezpieczenia), ale po ich przeliczeniu wartość ofert jedynie nieznacznie odbiegała od oczekiwanej (opublikowanej w ogłoszeniach o postępowaniu).

W ocenie NIK omyłki świadczeniodawców były oczywiste i możliwe do wyeliminowania, gdyby komisja konkursowa skorzystała z uprawnienia, określonego w § 6 ust. 1 rozporządzenia w sprawie postępowania, tj. zażądała od oferentów złożenia wyjaśnień w tej sprawie.

Z wyjaśnień przewodniczącej komisji konkursowej wynika m.in., że komisja nie skorzystała z ww. uprawnienia, ponieważ komisje konkursowe, zgodnie z zasadą równego traktowania świadczeniodawców, przyjęły założenie nieprzyjmowania wyjaśnień podwyższających ocenę oferty, również w kryterium ceny.

Powyższe wyjaśnienia nie uzasadniają opisanego wyżej postępowania komisji, ponieważ w ww. sprawach nie zachodziła przesłanka zmiany ceny, a jedynie sposobu jej zaprezentowania, co zdaniem NIK jest kwestią jedynie techniczną i nie dotyczy podwyższenia oceny oferty.

(dowód: akta kontroli str. 84, 96, 136, 154, 168-179, 211-219)

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, efektywność działań Oddziału w zakresie kontraktowania i finansowania świadczeń NiŚOZ.

Ocena cząstkowa

### **3. Sprawowanie nadzoru i kontroli przez Oddział nad realizacją kontraktów na udzielanie świadczeń NiŚOZ**

Opis stanu faktycznego

3.1. W kontrolowanym okresie Dyrektor Oddziału nie planowała i nie prowadziła kontroli świadczeniodawców NiŚOZ, o której mowa w art. 64 ustawy o świadczeniach, a także kontroli doraźnych na podstawie uprawnień, wynikających z zarządzenia Prezesa NFZ Nr 23/2009<sup>19</sup>.

Z wyjaśnień Dyrektora Oddziału wynika, że:

- działający w Oddziale zespół ds. tworzenia planów kontroli w wyniku analiz obszarów potencjalnych zagrożeń w realizacji umów nie stwierdził znaczących możliwości powstania nieprawidłowości w ww. obszarze, co potwierdza niewielka liczba skarg oraz brak wniosków, w tym innych podmiotów, o kontrolę umów w zakresie NiŚOZ do zespołu ds. opiniowania zleceń o kontrole doraźne.
- w 2011 r. i 2012 r. osobiście przeprowadzała wizytacje (jednoosobowo, w nocy, w soboty i niedziele, nie sporządzając z nich protokołów, jednak odnotowując obecność w księdze przyjęć) świadczeniodawców NiŚOZ w celu pogłębienia wiedzy na temat funkcjonowania tego rodzaju świadczeń. Wnioski z nich posłużyły planowaniu obszarów zabezpieczenia w kolejnym okresie

<sup>18</sup> Nr: 11-11-000637/POZ/0112/01.0000.155.16/1, 11-11-000650/POZ/0112/01.0000.156.16/1 i 11-13-000082/POZ/0112/01.0000.156.16/1.

<sup>19</sup> Zgodnie z § 8 ust. 3 zarządzenia Nr 23/2009/DSOZ Prezesa NFZ z 13 maja 2009 r. w sprawie w sprawie planowania, przygotowywania i prowadzenia postępowania kontrolnego oraz realizacji wyników kontroli, decyzję o przeprowadzeniu kontroli doraźnej podejmuje dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ z własnej inicjatywy lub na zlecenie Prezesa NFZ.

kontraktowania (Dyrektor Oddziału nie wyjaśniła, ilu świadczeniodawców objęła wizytacjami oraz czy w ich trakcie stwierdziła nieprawidłowości).

(dowód: akta kontroli str. 922, 934-946, 1933)

3.2. W 2013 r. pracownicy WSOZ przeprowadzili na zlecenie Prezesa NFZ<sup>20</sup>, na podstawie art.107 ust. 5 pkt 12b i 13 ustawy o świadczeniach, udokumentowane w formie protokołów wizytacje pięciu świadczeniodawców (obejmujące siedem miejsc udzielania świadczeń), z którymi Oddział zawarł umowy o udzielanie świadczeń NiŚOZ na okres od 1 marca 2013 r. do 31 grudnia 2015 r. Przedmiot wizytacji uwzględniał zakres i tematykę, określone przez Prezesa NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 826-829, 830-859, 872-874)

W wyniku ww. wizytacji nie stwierdzono nieprawidłowości u dwóch świadczeniodawców, a stwierdzone u trzech świadczeniodawców nieprawidłowości polegały na: niezapewnieniu przez nich, pomimo takiego wymogu wynikającego zofert, diagnostyki RTG, prowadzeniu przez dwóch świadczeniodawców dokumentacji niezgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania<sup>21</sup>, niezgodności personelu udzielającego świadczeń z załącznikiem Nr 2 („Harmonogram-zasoby”) do umowy u jednego świadczeniodawcy oraz niespełnieniu przez jednego świadczeniodawcę obowiązku informacyjnego o realizowaniu świadczeń NiŚOZ. Dyrektor Oddziału 13 marca 2013 r. przekazała do Centrali NFZ syntetyczną ocenę wyników ww. wizytacji.

(dowód: akta kontroli str. 875-882)

Dyrektor Oddziału wezwała świadczeniodawców do usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości pod rygorem rozwiązania umowy w całości bez zachowania okresu wypowiedzenia oraz nałożyła na nich, na podstawie § 30 ust. 1 pkt 3 lit. e Ogólnych warunków umów, kary umowne w wysokości po 0,25% wartości umowy za każdą stwierdzoną nieprawidłowość (łącznie 13.602,50 zł). Ponadto przeprowadzono u dwóch z trzech ww. świadczeniodawców ponowne wizytacje, a także wizytację u innego świadczeniodawcy, dotychczas wizytacją nieobjętego.

(dowód: akta kontroli str. 831-871, 883-921)

Czynności ponownych wizytacji dokonano na podstawie art. 107 ust. 5 pkt 12b i pkt 13 ustawy o świadczeniach, pomimo, że w piśmie z 13 marca 2013 r. Dyrektor Oddziału poinformowała Prezesa NFZ, że w związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami u jednego ze świadczeniodawców zostaną przeprowadzone czynności kontrolne w trybie art. 64 ww. ustawy.

(dowód: akta kontroli str. 881, 885-886, 908-909)

Z wyjaśnień Dyrektor Oddziału wynika, że podjęto i przeprowadzono wizytację w trybie art. 107 ww. ustawy z powodu bardzo dużego zaangażowania kontrolerów Oddziału w zleczone kontrole koordynowane, doraźne i planowe, a także pilnej potrzeby weryfikacji wykonania sformułowanych w wyniku poprzedniej wizytacji zaleceń, wizytacja u trzeciego ze świadczeniodawców, u których stwierdzono nieprawidłowości była planowana, ale nie doszła do skutku z uwagi na urlop, a następnie inne pilne zadania (związane z bieżącymi postępowaniami konkursowymi), natomiast objęcie wizytacją innego świadczeniodawcy, niewizytowanego dotychczas, wynikało z chęci weryfikacji deklarowanych przez niego w trakcie postępowania warunków, a także realizowaniem przez niego świadczeń NiŚOZ po raz pierwszy.

(dowód: akta kontroli str. 1933-1934)

<sup>20</sup> Pismo z 5 marca 2013 do dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ.

<sup>21</sup> Dz. U. z 2010 r. Nr 252, poz. 1697 ze zm.

Z protokołów wizytacji wynika m.in., że w jednym przypadku (wizytacja z 7 kwietnia 2013 r.) pracownia RTG była, podobnie jak w trakcie pierwszej wizytacji, zamknięta, a w drugim (wizytacja z 21 kwietnia 2013 r.) dyżurujący technik RTG (nieobecny w trakcie pierwszej wizytacji) poinformował wizytujących pracowników Oddziału, że poprzedniego dnia dyżurował do godz. 20:00. W następstwie ww. ustaleń w pierwszym przypadku Dyrektor Oddziału przekazała świadczeniodawcy oświadczenie o rozwiązaniu z nim z dniem 22 kwietnia 2013 r. umowy bez zachowania okresu wypowiedzenia (na podstawie § 36 ust. 1 pkt 8 Ogólnych warunków umów), podając w jego uzasadnieniu, że w trakcie postępowania konkursowego świadczeniodawca przedstawił informację mającą wpływ na zawarcie przedmiotowej umowy, która była niezgodna ze stanem faktycznym. W drugim przypadku wysłano pismo z prośbą o złożenie wyjaśnień w sprawie czasu pracy technika RTG.

(dowód: akta kontroli str. 883-921)

Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że w pierwszym przypadku umowę rozwiązano, ponieważ stwierdzono nieobecność osoby uprawnionej do przeprowadzania badań RTG, natomiast w drugim przypadku technik RTG był obecny – wprawdzie odpowiedź udzielona przez technika RTG budziła pewne wątpliwości, jednak nie stwierdzono jednoznacznie faktu braku dostępności do badań RTG.

(dowód: akta kontroli str. 1933-1940)

Świadczeniodawca złożył zażalenie na decyzję Dyrektora Oddziału o rozwiązaniu umowy o udzielanie świadczeń NiŚOZ, zarzucając jej bezpodstawność m.in. na skutek nieuwzględnienia faktu, że nieobecnemu technikowi RTG przysługuje przerwa w pracy na posiłek regeneracyjny. Do zakończenia czynności kontrolnych do Oddziału nie wpłynęło rozstrzygnięcie zażalenia.

(dowód: akta kontroli str. 890-904)

### **3.3. Do Oddziału w okresie:**

- od 1 stycznia 2010 r. do 28 lutego 2011 r. wpłynęło dziewięć skarg na świadczeniodawców nocnej obsługi chorych, dotyczących głównie nieuzasadnionego pobierania opłat za udzielenie porady lekarskiej;
- od 1 marca 2011 r. do 30 czerwca 2013 r. wpłynęło osiem skarg pacjentów (dwie w 2011 r., jedna w 2012 r. i pięć w 2013 r.) na świadczeniodawców NiŚOZ, dotyczących: odmowy udzielenia świadczeń lekarskich, odmowy przyjazdu na wizytę domową, niewłaściwej diagnozy lekarskiej i wypisania recepty nierefundowanej (odpowiednio: cztery, dwie i po jednej skardze). Pięć z ww. skarg rozpatrzono (za zasadną uznano jedną – w jej wyniku świadczeniodawca pisemnie przeprosił skarżącego za odmowę udzielenia świadczeń, pomimo posiadania ważnego dowodu ubezpieczenia zdrowotnego), jedna oczekiwiała na rozpatrzenie, jedną pozostawiono bez rozpatrzenia (skarżący mimo wezwania nie uzupełnił w terminie jej braków formalnych), a jedną przekazano do Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w Gdańsku.

(dowód: akta kontroli str. 947-1005)

**3.4.** Dyrektor Oddziału wyjaśniła, że w jej ocenie brak rzetelnych wskaźników uzasadniających tezę pogorszenia lub polepszenia dostępności do świadczeń NiŚOZ po 1 marca 2011 r., a Oddział w latach 2011-2013 nie korzystał z możliwości ankietowania pacjentów świadczeń NiŚOZ, ponieważ nie stwierdzono przesłanek uzasadniających podjęcie takich działań.

(dowód: akta kontroli str. 942, 1903, 1935)

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

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie działalność Oddziału w zakresie sprawowania nadzoru i kontroli nad realizacją umów o udzielanie świadczeń NiŚOZ.

## IV. Wnioski

Wnioski pokontrolne

Przedstawiając powyższe oceny i uwagi wynikające z ustaleń kontroli, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli<sup>22</sup>, wnosi o:

- 1) podjęcie działań w celu wyeliminowania możliwości powstania nieprawidłowości przy przyporządkowaniu obszarów zabezpieczenia do kategorii zakresu świadczeń oraz określaniu wielkości populacji obszarów zabezpieczenia w kolejnych okresach kontraktowania świadczeń NiŚOZ,
- 2) podjęcie działań w celu wyeliminowania przypadków zawierania umów o udzielanie świadczeń NiŚOZ z naruszeniem wymogów określonych w ustawie o świadczeniach,
- 3) zapewnienie weryfikacji kompletności dokumentacji komisji konkursowych z przebiegu postępowań w celu zawarcia umów o udzielanie świadczeń NiŚOZ.

## V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia  
zastrzeżeń

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do dyrektora Delegatury NIK w Gdańsku.

Obowiązek  
poinformowania  
NIK o sposobie  
wykorzystania uwag  
i wykonania wniosków

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

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

Gdańsk, dnia           września 2013 r.

Kontrolerzy:  
Katarzyna Michalska  
główny specjalista kontroli państwowej

Najwyższa Izba Kontroli  
Delegatura w Gdańsku

.....  
*podpis*  
Agnieszka Solecka  
starszy inspektor kontroli państwowej

.....  
*podpis*

<sup>22</sup> Dz. U. z 2012 r., poz. 82 ze zm.