



Nr ewid. 15/2014/P/12/145/LKR

Informacja o wynikach kontroli

**KONTRAKTOWANIE  
ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ  
PRZEZ NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA**

## 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 Krakowie:  
Jolanta Stawska

Akceptuję:  
Jacek Uczkiewicz

Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli

Zatwierdzam:  
Krzysztof Kwiatkowski

Prezes Najwyższej Izby Kontroli  
dnia 07.03.2014 r.

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

[www.nik.gov.pl](http://www.nik.gov.pl)

WPROWADZENIE .....	6
1. ZAŁOŻENIA KONTROLI .....	8
2. PODSUMOWANIE WYNIKÓW KONTROLI .....	10
2.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności .....	10
2.2. Synteza wyników kontroli .....	11
2.3. Uwagi końcowe i wnioski .....	14
3. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI .....	16
3.1. Przygotowanie organizacyjne procesu kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej .....	16
3.2. Prowadzenie postępowań konkursowych .....	28
3.3. Dostępność i jakość zakontraktowanych świadczeń .....	44
4. INFORMACJE DODATKOWE .....	51
4.1. Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli .....	51
4.2. Wnioski pokontrolne i ich realizacja .....	51
4.3. Finansowe rezultaty kontroli .....	52
5. ZAŁĄCZNIKI .....	53

Zdjęcia na okładce:

Sala szpitalna Public Domain

[http://pl.wikipedia.org/wiki/Plik:Hospital\\_room\\_ubt.jpeg](http://pl.wikipedia.org/wiki/Plik:Hospital_room_ubt.jpeg)

Operacja Creative Commons Uznanie autorstwa Na tych samych warunkach 3.0

[http://pl.wikipedia.org/wiki/Plik:Operating\\_theatre.jpg](http://pl.wikipedia.org/wiki/Plik:Operating_theatre.jpg)

Szpital Creative Commons Uznanie autorstwa Na tych samych warunkach 2.5

[http://pl.wikipedia.org/wiki/Plik:Szpital\\_Mikolaja\\_Kopernika\\_Lodz.jpg](http://pl.wikipedia.org/wiki/Plik:Szpital_Mikolaja_Kopernika_Lodz.jpg)

Karetka Public Domain

<http://pl.wikipedia.org/wiki/Plik:Ambulance.JPG>

Papier i długopis: photl.com

[http://www.photl.com/download.html?photo=271598&download=974596ffe31d25051fd484d9070f96d4&size\\_type=2&x=0&y=0&w=0&h=0](http://www.photl.com/download.html?photo=271598&download=974596ffe31d25051fd484d9070f96d4&size_type=2&x=0&y=0&w=0&h=0)

## Wykaz stosowanych skrótów i pojęć

<b>ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej</b>	ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.)
<b>rozporządzenia koszykowe</b>	rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w poszczególnych rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
<b>NFZ / Fundusz</b>	Narodowy Fundusz Zdrowia
<b>OW NFZ / Oddział</b>	Oddział Wojewódzki NFZ
<b>Portal</b>	„Portal Świadczeniodawcy” narzędzie informatyczne NFZ służące świadczeniodawcom m.in. do składania ofert i obsługi zawartych umów na udzielanie świadczeń
<b>Procedura</b>	Procedura konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wprowadzona przez Prezesa NFZ
<b>świadczenia zdrowotne</b>	działania służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania (art. 5 pkt 40 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej)
<b>świadczenia opieki zdrowotnej</b>	świadczenie zdrowotne, świadczenie zdrowotne rzeczowe i świadczenie towarzyszące
<b>zakres świadczeń</b>	świadczenie lub grupa świadczeń wyodrębnionych w danym rodzaju świadczeń (węższa kategoria niż rodzaj świadczeń), wyszczególniona, dla każdego rodzaju, w rozporządzeniach

**rodzaj świadczenia** grupa świadczeń gwarantowanych udzielanych ubezpieczonym, wyszczególnionych w art. 15 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Rodzaje świadczeń zostały wyszczególnione w planie finansowym NFZ:

- AOS** *ambulatoryjna opieka specjalistyczna*
- LSZ** *leczenie szpitalne*
- NiŚOZ** *nocna i świąteczna opieka zdrowotna*
- OPH** *opieka paliatywna i hospicyjna*
- PDT** *pomoc doraźna i transport sanitarny*
- POZ** *podstawowa opieka zdrowotna*
- PRO** *profilaktyczne programy zdrowotne*
- PSY** *opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień*
- REH** *rehabilitacja lecznicza*
- RTM** *ratownictwo medyczne*
- SOK** *świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie*
- SPO** *świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze*
- STM** *leczenie stomatologiczne*
- UZD** *leczenie uzdrowiskowe*
- ZPO** *zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi*

### Temat i numer kontroli

*Kontraktowanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia (P/12/145).*

### Uzasadnienie podjęcia kontroli

Kontrola kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej została podjęta z inicjatywy własnej Najwyższej Izby Kontroli. Uzasadniały ją wyniki kontroli rozpoznawczej przeprowadzonej w 2012 r. w Małopolskim OW NFZ<sup>1</sup> oraz liczne skargi złożone do NIK w latach 2011–2012 dotyczące nieprawidłowości występujących w trakcie kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej.

Kontrola realizowana była w ramach jednego z priorytetowych kierunków kontroli na rok 2012 *Zapewnienie powszechnej i niezawodnej opieki medycznej.*

### Opis podstawowych zasad kontraktowania

Podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w 12 spośród 14 rodzajów świadczeń, jest umowa zawarta pomiędzy dyrektorem oddziału wojewódzkiego Funduszu, a podmiotem wyłonionym zgodnie z ustawą o świadczeniach, tj. **w trybie konkursu ofert albo rokowań.**

Przepisów dotyczących konkursu ofert i rokowań nie stosuje się do zawierania umów w podstawowej opiece zdrowotnej (z wyjątkiem NiŚOZ) oraz w zakresie zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi.

**Konkurs ofert** składa się z części jawnej, w której komisja stwierdza między innymi które oferty spełniają warunki i części niejawnej, podczas której dokonywany jest wybór oferty, przy czym zgodnie z zapisami ustawy może on być poprzedzony **negocjacjami.** Ustawodawca nie doprecyzował trybu i zasad prowadzenia negocjacji.

Do postępowań konkursowych stosowane jest oprogramowanie umożliwiające świadczeniodawcom wprowadzanie uzupełnianie i aktualizację danych o potencjale wykonawczym (niezbędnych do zawarcia i rozliczania umowy) oraz przygotowanie oferty. Kryteria oceny ofert i skala punktacji są wbudowane w system informatyczny oceny ofert, który na podstawie udzielonych przez świadczeniodawców odpowiedzi w ankietach ofertowych automatycznie generuje **ranking ofert.** Powoływana przez Dyrektora oddziału komisja konkursowa dokonuje wyboru oferty przy zastosowaniu kryteriów określonych w art. 147 ustawy o świadczeniach i uszczegółowionych w zarządzeniach Prezesa NFZ w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Ustawa przewiduje również możliwość przeprowadzenia **postępowań dodatkowych** (art. 161b). Przeprowadzenie postępowań dodatkowych może nastąpić w przypadku, gdy w wyniku przeprowadzonego postępowania w trybie konkursu ofert zostaną zawarte na rok następny umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej powodujące zmniejszenie dostępu do świadczeń gwarantowanych w danym zakresie. Umowa taka może być zawarta tylko raz i na okres nie dłuższy niż jeden rok.

Prezes Funduszu opracowuje zarządzenia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w poszczególnych rodzajach świadczeń, których podstawą wydania jest publikacja przez Ministra Zdrowia rozporządzeń w sprawie świadczeń gwarantowanych. Rozporządzenia te zawierają

<sup>1</sup> *Kontraktowanie i wydatkowanie środków publicznych na świadczenia opieki zdrowotnej w województwie małopolskim (R/12/007/LKR); czynności kontrolne trwały od 20 lutego do 2 listopada 2012 r.*

m.in. warunki, które muszą być spełnione, by realizować świadczenia. Warunki te są przenoszone do zarządzeń Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów (są odpowiednio przyporządkowane do zakresów świadczeń określonych przez Fundusz). Ponadto w tych zarządzeniach Prezes Funduszu określa warunki dodatkowo oceniane (dot. min. sprzętu i personelu). Fundusz zdefiniował i opisał poszczególne etapy postępowania mającego na celu wybór ofert do zawarcia umów w procedurze konkursowej.

# 1 ZAŁOŻENIA KONTROLI

## Cel główny i cele cząstkowe kontroli

Celem kontroli było dokonanie oceny procesu kontraktowania świadczeń przez NFZ pod względem:

- zapewnienia wyboru świadczeniodawców gwarantujących należyłą jakość i dostępność świadczeń opieki zdrowotnej,
- zapewnienia należytego gospodarowania środkami publicznymi.

W wyniku kontroli dokonano w szczególności oceny :

- 1) działań Ministra Zdrowia, które miały zapewnić warunki dla właściwego zaplanowania i przygotowania procesu kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej,
- 2) działań Prezesa NFZ dotyczących przebiegu procesu kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej w oddziałach oraz sposobu dokonywania wyceny świadczeń i ustalania ceny jednostek rozliczeniowych stanowiących podstawę do zakontraktowania świadczeń,
- 3) działań OW NFZ w zakresie planowania i przygotowania organizacyjnego procesu kontraktowania, przeprowadzania weryfikacji ofert w postępowaniach konkursowych, wykorzystywania narzędzi informatycznych mających wspomagać proces kontraktowania oraz prowadzenia negocjacji zmierzających do ustalenia ostatecznej liczby i ceny zakontraktowanych świadczeń opieki zdrowotnej,
- 4) działań podmiotów leczniczych w zakresie wiarygodności deklarowanych warunków realizacji świadczeń opieki zdrowotnej oraz wykorzystania środków w ramach zawartych umów na udzielanie świadczeń.

## Zakres podmiotowy kontroli

Kontrolę przeprowadzono w Ministerstwie Zdrowia, w Centrali NFZ, w pięciu OW NFZ (Dolnośląski, Podlaski, Śląski, Świętokrzyski, Wielkopolski) oraz w 26 podmiotach leczniczych (3 publicznych i 23 prywatnych) działających na terenie kontrolowanych oddziałów i na terenie województwa małopolskiego<sup>2</sup>. Przy wyborze świadczeniodawców kierowano się skargami (złożonymi do NIK i NFZ) oraz doniesieniami prasowymi dotyczącymi świadczeniodawców, którzy otrzymali kontrakt po raz pierwszy w danym zakresie świadczeń, nie spełniali części wymogów na dzień złożenia oferty a deklarowali w ofercie ich spełnienie po podpisaniu umowy (dotyczyło to kontraktowania pod koniec 2010 r. i umów zawieranych od 1 stycznia 2011 r.), maksymalnie obniżyli cenę w negocjacjach mając słabe jakościowo oferty, czym wygrali postępowanie. Uwzględniono także wyniki kontroli prowadzonych w OW NFZ.

W Informacji wykorzystano także wyniki kontroli rozpoznawczej *Kontraktowanie i wydatkowanie środków publicznych na świadczenia opieki zdrowotnej w województwie małopolskim* (R/12/007/LKR) przeprowadzonej w Małopolskim OW NFZ w 2012 r. i u dwóch świadczeniodawców oraz wyniki kontroli procesu kontraktowania wybranych świadczeń medycznych na rok 2012 i lata następne, przeprowadzonego przez Łódzki OW NFZ (I/12/001/LLO).

## Zakres przedmiotowy kontroli

Kontrola dotyczyła przygotowania i przeprowadzenia procesu kontraktowania świadczeń, poprzedzającego zawarcie umów stanowiących podstawę udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych odpowiednio na rok 2011 i lata następne oraz na rok 2012

<sup>2</sup> Wykaz skontrolowanych jednostek zawiera Załącznik nr 5.1. do Informacji.

i lata następne. Badaniami bezpośrednimi objęto wybrane rodzaje i zakresy świadczeń<sup>3</sup>, w których zastosowano tryb konkursu ofert lub przeprowadzono postępowania dodatkowe. Kontrolą objęto działania podejmowane w celu zakontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej na wskazane lata, od momentu podpisania rozporządzeń koszykowych, poprzez wydanie właściwych zarządzeń przez Prezesa NFZ do zaplanowania i przeprowadzenia procedur konkursowych przez dyrektorów OW NFZ. Badanie w zakresie warunków realizacji zakontraktowanych świadczeń oraz wykorzystania przyznaných środków publicznych przeprowadzono również u wybranych świadczeniodawców.

#### Okres objęty kontrolą

Kontrolą objęto okres od 2010 r. do 2013 r. (do czasu zakończenia czynności kontrolnych<sup>4</sup>). Badania objęły również działania i zdarzenia zaistniałe przed 1 stycznia 2010 r. w przypadkach, gdy miały one bezpośredni wpływ na zjawiska będące przedmiotem kontroli.

#### Podstawa prawna, kryteria kontroli

Kontrole w Ministerstwie Zdrowia, w Centrali NFZ oraz w OW NFZ przeprowadzono na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy o Najwyższej Izbie Kontroli<sup>5</sup>, pod względem legalności, gospodarności, rzetelności i celowości. Podmioty lecznicze publiczne skontrolowano na podstawie art. 2 ust. 2 ustawy o NIK według kryterium legalności, gospodarności i rzetelności, a podmioty prywatne na podstawie art. 2 ust. 3 ustawy o NIK pod względem legalności i gospodarności.

---

<sup>3</sup> LSZ, AOS, REH, NIŚOZ.

<sup>4</sup> Czynności kontrolne: Ministerstwo Zdrowia od 16 maja 2013 r. do 30 sierpnia 2013 r., Centrala NFZ od 27 grudnia 2012 r. do 30 sierpnia 2013 r., OW NFZ od 11 grudnia 2012 r. do 7 maja 2013 r., świadczeniodawcy od 2 stycznia 2013 r. do 29 kwietnia 2013 r.

<sup>5</sup> Dz.U. z 2012 r., poz. 82 ze zm.

### 2.1 Ogólna ocena kontrolowanej działalności

Sposób kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej jest mało przejrzysty, niespójny i nie zapewnia właściwego wykorzystania środków jakimi dysponuje Narodowy Fundusz Zdrowia. Najwyższa Izba Kontroli ocenia, że stosowane przez Fundusz procedury kontraktowania świadczeń w badanych rodzajach, tj. lecznictwie szpitalnym (LSZ) i specjalistycznym (AOS) nie zapewniały wyboru świadczeniodawców gwarantujących należyłą jakość i dostępność świadczeń.

Kontraktowanie poprzez konkurs ofert w lecznictwie szpitalnym jest działaniem pozornym, ponieważ w jego wyniku praktycznie wszystkie szpitale publiczne zawierają umowę, uzyskując na ogół jednolitą, ogólnopolską cenę za punkt rozliczeniowy, bez względu na jakość proponowanej usługi. W dodatku zajmowanie wysokiego miejsca przez oferenta w rankingu po ocenie pod względem jakościowym, nie daje gwarancji otrzymania pełnego kontraktu, adekwatnego do potencjału szpitala.

Konkursowe zasady wyboru świadczeniodawców podczas kontraktowania ambulatoryjnej opieki specjalistycznej są przekreślane przez sposób prowadzenia negocjacji, w wyniku których następuje zmiana rankingu ustalonego w konkursie według kryteriów jakościowych.

Kumulacja postępowań prowadzonych w ostatnim kwartale roku i konieczność podpisania w tym czasie umów ze świadczeniodawcami, powodowały liczne nieprawidłowości, zarówno na etapie oceny ofert, jak i negocjacji, skutkujących niejednokrotnie zawarciem kontraktu z podmiotami, które nie gwarantowały odpowiednich warunków realizacji świadczeń. Nieprawidłowości te polegały głównie na tym, że:

- dyrektorzy oddziałów wojewódzkich odstępowali od ogólnych procedur kontraktowania,
- komisje konkursowe nierzetelnie weryfikowały oferty konkursowe w zakresie deklarowanych warunków wykonywania świadczeń,
- członkowie zespołów negocjacyjnych dokumentowali prowadzenie negocjacji w sposób niepozwalający na odtworzenie ich przebiegu.

W ocenie NIK zarówno duża arbitralność decyzji i działań dyrektorów OW NFZ, jak i nieprzejrzystość negocjacji są czynnikami korupcyjnymi.

Nadzór Prezesa NFZ nad kontraktowaniem świadczeń prowadzony poprzez rozpatrywanie odwołań świadczeniodawców i kontrolę w oddziałach Funduszu był niewystarczający. Nieefektywnie przebiegało rozpatrywanie odwołań, z których ponad 80% załatwiono po upływie ustawowego terminu, a część nawet ponad pół roku po zakończeniu postępowania kontraktowego.

Przystępując do kontraktowania Fundusz proponował cenę niezwiązaną z rzeczywistym kosztem realizacji świadczeń. Pomimo ustawowego obowiązku, do 2011 r. dane o kosztach świadczeń nie były w Funduszu gromadzone. Brak odniesienia do realnych kosztów zwiększał ryzyko niewłaściwego rozdysponowania środków, jak również mógł mieć wpływ na wykonywanie większej liczby świadczeń bardziej opłacalnych dla świadczeniodawcy, kosztem świadczeń nisko wycenionych.

Pomimo powyższych trudności wszystkie kontrolowane Oddziały zakontraktowały większość świadczeń, co było podstawą do zachowania ich ciągłości i dostępności.

**Niemniej jednak sposób prowadzenia postępowania kontraktowego, w tym brak przejrzystości stosowanych procedur, nierówne traktowanie świadczeniodawców, brak udokumentowania stanowiska negocjacyjnego, był przedmiotem licznych skarg i powodował uzasadnione niezadowolenie zarówno świadczeniodawców jak i pacjentów, często zdezorientowanych w przypadku konieczności kontynuacji leczenia u nowego świadczeniodawcy.**

## 2.2 Synteza wyników kontroli

1. W celu umożliwienia przeprowadzenia procesu kontraktowania świadczeń Minister Zdrowia znowelizował rozporządzenia koszykowe definiujące zakres i warunki realizacji świadczeń zdrowotnych w poszczególnych rodzajach. Prace nad powyższymi aktami prawnymi nie były jednak właściwie skorelowane z założonym przez Centralę NFZ harmonogramem postępu prac nad rozporządzeniami koszykowymi koniecznymi do kontraktowania. Kontrole przeprowadzone w Centrali NFZ i w Ministerstwie Zdrowia wykazały, że pomimo aktywnego uczestnictwa Funduszu w procesie legislacyjnym zmierzającym do opracowania ww. rozporządzeń, współpraca między instytucjami nie przebiegała efektywnie. Trudności przy uzgadnianiu warunków realizacji świadczeń w poszczególnych rodzajach prowadziły do opóźnień w pracach nad rozporządzeniami koszykowymi, bądź powodowały konieczność ich nowelizacji w krótkim czasie. Nie pozostało to bez wpływu na przebieg kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej. Szczególnie negatywnym tego przykładem było kontraktowanie świadczeń w rodzaju AOS na 2012 r., jakie miało miejsce m.in. na terenie województwa łódzkiego w listopadzie 2011 r. (*str. 16-22*).
2. Zadaniem Prezesa NFZ w procesie kontraktowania było ustalenie sposobu prowadzenia procedur, natomiast jego nadzór nad kontraktowaniem odbywał się jedynie poprzez rozpatrywanie odwołań od rozstrzygnięć dyrektorów Oddziałów oraz poprzez prowadzenie kontroli. Skuteczność wykorzystania tego pierwszego narzędzia, weryfikującego prawidłowość prowadzenia postępowań, osłabiał bardzo długi czas rozpatrywania poszczególnych odwołań. Aż 85,6% odwołań zostało rozpatrzonych po upływie 30-dniowego terminu określonego w art. 154 ust. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. W skrajnych przypadkach trwało to nawet ponad 300 dni. Kontrole prowadzone przez Centralę NFZ w Oddziałach podejmowano planowo lub w reakcji na skargi zgłoszone w trakcie procesu kontraktowania przez oferentów (*str. 40-44*).
3. Na terenie kontrolowanych oddziałów wojewódzkich NFZ kontrakty otrzymały wszystkie szpitale, które złożyły oferty. Postępowania te nie obejmowały działalności poradni specjalistycznych przy tych szpitalach. Kontraktowano z zastosowaniem jednej w skali kraju stawki za punkt rozliczeniowy, wynoszącej w 2010 r. 51 zł, a od 2011 r. 52 zł. Z reguły wynegocjowany kontrakt obejmował jedynie część świadczeń opieki zdrowotnej możliwych do wykonania ujętych w ofercie (*str. 24-25, 33-36, 47-48*).
4. Powszechną praktyką było odstępowanie przez dyrektorów OW NFZ od ogólnych procedur. Skutkowało to niejednakowym postępowaniem wobec oferentów, a czasem rażącymi nieprawidłowościami. Kontrole<sup>6</sup> wykazały m.in. nieprzeprowadzanie wizytacji u nowych

<sup>6</sup> I/12/001/LLO – Kontraktowanie przez Łódzki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia wybranych świadczeń medycznych na 2012 rok i lata następne, R/12/007/LKR – Kontraktowanie i wydatkowanie środków publicznych na świadczenia opieki zdrowotnej w województwie małopolskim i P/12/145 – Kontraktowanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

oferentów, odstępowanie od sprawdzania powtarzalności zatrudnienia personelu medycznego w ofertach, nietworzenie wymaganej dokumentacji pozwalającej na ustalenie przebiegu i uzasadnienie wyników negocjacji (str. 28-31).

5. Pomimo, że Oddziały zostały wyposażone w system informatyczny wspomagający zbieranie i ocenianie ofert składanych w ramach kontraktowania, narzędzie to nie zapewniało badania wewnętrznej spójności złożonych ofert, a liczne zmiany w oprogramowaniu mogły negatywnie wpływać na sprawny i terminowy przebieg postępowań konkursowych. Uwagi NIK wzbudziły w szczególności: niewystarczająca do potrzeb precyzyjnej weryfikacji ofert funkcjonalność narzędzia informatycznego oraz jego późne wprowadzenie, problemy z dostępem spowodowane koniecznością wprowadzania poprawek i aktualizacji, brak opcji umożliwiających porównywanie poszczególnych części oferty (str. 22-23).
6. Właściwemu przebiegowi kontraktowania nie sprzyjała również kumulacja postępowań w różnych zakresach świadczeń, skutkująca nadmiernym obciążeniem Oddziałów, zwiększeniem ryzyka wystąpienia błędów w postępowaniach kontraktowych oraz w konsekwencji kumulacją liczby odwołań złożonych od wyników tych postępowań do Prezesa NFZ (str. 16-20).
7. Poważne nieprawidłowości stwierdzono w dokumentowaniu jednego z najistotniejszych i najtrudniejszych elementów w procesie kontraktowania, tj. negocjacji z oferentami przy kontraktowaniu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS). Kontrola wykazała nieprzejrzystość zasad oraz znaczne różnice przy ich przeprowadzaniu w Oddziałach, jak również brak rzetelnego udokumentowania ich przebiegu. Z dokumentacji znajdującej się w aktach postępowań nie wynikało jak przebiegały negocjacje dotyczące liczby i ceny za punkt – elementów kluczowych w procesie ustalania warunków udzielania świadczeń, brakowało pisemnych uzasadnień dla propozycji odbiegających od zapisanych w ofertach. Zdaniem NIK znacznie ograniczało to transparentność tego etapu postępowania. Dochodziło ponadto do sytuacji, w których ze względu na olbrzymią liczbę ofert i krótki czas przeznaczony na przeprowadzenie postępowania, na negocjacje z poszczególnymi świadczeniodawcami przeznaczano zaledwie kilka minut, co wypaczało w ogóle sens podejmowania tego typu czynności. W konsekwencji przebieg negocjacji powodował poczucie nierównego traktowania wśród świadczeniodawców. Trudne były także negocjacje w LSZ, które prowadzono odrębnie dla poszczególnych zakresów świadczeń. Takie negocjacje, w sytuacji kompleksowego leczenia szpitalnego, powodują niepewność co do rentowności działalności leczniczej, gdyż dla dyrektorów szpitali istotna jest wartość całego kontraktu, tj. suma dla wszystkich wynegocjowanych zakresów (str. 34-40).
8. Wyniki kontroli wskazują także, że obowiązująca procedura kontraktowania świadczeń spowodowuje dążenie świadczeniodawców w rodzaju AOS do zawarcia umowy z Funduszem nawet na najniższych oferowanych warunkach (co do wartości i liczby świadczeń), w celu utrzymania się bądź wejścia na rynek usług medycznych, licząc również na zwiększenie wartości kontraktu w przyszłości. Całkowitym zaprzeczeniem sensu ustalania zakresu kontraktu podczas negocjacji jest możliwość dokonywania zmian zarówno co do liczby zakontraktowanych świadczeń zdrowotnych, jak i co do wyceny punktu, w bardzo krótkim czasie po rozpoczęciu realizacji umowy z Funduszem. Kontrole wykazały przypadki podniesienia przez Fundusz, z własnej inicjatywy, ceny za punkt rozliczeniowy oraz jednostronnego zmniejszenia przez świadczeniodawcę liczby wykonywanych świadczeń, już po kilku miesiącach od zawarcia kontraktu. Podniesienie ceny świadczeń oznaczało niejednokrotnie powrót do ceny proponowanej w ofercie lub nawet cenę wyższą (str. 38-40).

**9.** Przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej dopuszczające przeprowadzanie kolejnych, po tzw. konkursach głównych, postępowań prowadziły do „dokontraktowania” celowo dobranych świadczeniodawców, którzy odpadli w postępowaniu głównym. Miało to miejsce m.in. w województwie małopolskim, gdzie na 2011 r. w trybie rokowań zakontraktowano poradnie przyszpitalne, które niejednokrotnie w konkursach głównych przegrywały z pozostałymi podmiotami w tzw. kryteriach niecenowych<sup>7</sup>.

Zaznaczyć należy, że w 2009 r. Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów zakwestionował stosowane w ocenie ofert kryterium ciągłości, przez co odstąpiono od punktowania w tym zakresie świadczeniodawców dotychczas udzielających usług medycznych. Niejednokrotnie prowadziło to do sytuacji, w których funkcjonujące na rynku podmioty odpadały w postępowaniu głównym, przegrywając z ofertą lepszą pod względem ceny lub innych warunków, jak np. wyposażenia (str. 47-48).

**10.** Pomimo, że zgodnie z art. 97 ust. 3 pkt 1 ustawy o świadczeniach do zakresu działania Funduszu należy w szczególności określanie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, do 2011 r. Fundusz nie żądał od świadczeniodawców danych o kosztach świadczeń zdrowotnych.

Szacowanie wartości jednostki rozliczeniowej (punktu) oraz wycena punktowa poszczególnych świadczeń dokonywane były bez kalkulacji ich kosztów. Jedynie w przypadku niektórych procedur medycznych zmiana wyceny punktowej następowała w wyniku konsultacji przewidzianych w ustawie. Kontrola przeprowadzona u wybranych świadczeniodawców wykazała, że nie zachodziła żadna bezpośrednia zależność ceny kontraktowej od kosztów udzielania świadczeń (str. 24-27).

**11.** U 18 z 26 badanych świadczeniodawców NIK stwierdziła nieprawidłowości i różnego rodzaju odstępstwa od warunków realizacji kontraktu z Funduszem. Jednak tylko w jednym przypadku badania bezpośrednio NIK wykazały, że umowę zawarto z podmiotem niespełniającym wymogów realizacji świadczeń opieki zdrowotnej. Nieprawidłowości polegały w szczególności na ograniczeniu dostępności do świadczeń, poprzez: skrócenie godzin przyjęć i zmniejszenie liczby personelu, braki w sprzęcie czy śladową liczbę wykonywanych badań diagnostycznych. Zaznaczyć przy tym należy, że u części z tych świadczeniodawców elementy wpływające na zwiększenie dostępności do świadczeń były dodatkowo punktowane i powodowały lepszą pozycję w rankingu ofert na etapie postępowania konkursowego (str. 29-33).

**12.** Zaledwie 3 z 26 kontrolowanych świadczeniodawców ewidencjonowało koszty działalności, pozwalające na ustalenie kosztu jednostkowych procedur medycznych realizowanych w ramach kontraktu z Funduszem (str. 27).

**13.** Odpowiedzialność za działalność Centrali Funduszu oraz nadzór nad realizacją zadań przypisanych oddziałom wojewódzkim NFZ, w tym nad prawidłowym i terminowym przeprowadzeniem postępowań konkursowych, należy do Prezesa NFZ. Za nieprawidłowości dotyczące organizacji procesu kontraktowania stwierdzone przez NIK w poszczególnych oddziałach odpowiadają ich dyrektorzy.

<sup>7</sup> Dostępność, kompleksowość, ciągłość, jakość.

### 2.3 Uwagi końcowe i wnioski

Głównym beneficjentem kontraktowania świadczeń zdrowotnych powinien być pacjent. Świadczeniodawcy powinni być wybierani w sposób maksymalnie przejrzysty, przy uwzględnieniu jakości, ceny oraz dostępności do świadczeń. Fundusz, co prawda, prowadzi zgodnie z ustawą postępowania konkursowe, ale z reguły ich ostatnim etapem są negocjacje, które w znacznym stopniu zmieniają wyniki prowadzonych wcześniej rankingów i są dokumentowane w szczątkowej formie.

NIK nie kwestionuje, że stosowane procedury prowadzą często do obniżenia cen świadczeń zdrowotnych, ale system ten umożliwia zbyt daleko idącą dowolność w decyzjach podejmowanych przez urzędników. Stwierdzone przypadki nieprzestrzegania wewnętrznych przepisów i zaleceń dotyczących postępowań kontraktowych przez pracowników NFZ zwiększają ryzyko zawierania umów z niewłaściwymi świadczeniodawcami.

Najwyższa Izba Kontroli zauważa, że przyjęta w ostatnim czasie nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej<sup>8</sup> stanowi realizację części uwag kierowanych w trakcie niniejszej kontroli i powinna korzystnie wpłynąć na usprawnienie procesu kontraktowania. Nowelizacja ustawy doprecyzowuje m.in. pojęcia ciągłości i kompleksowości świadczeń jako kryteria w ocenie ofert placówek, które świadczą już usługi w ramach umów zawartych z NFZ. NIK zwraca jednak uwagę, że dopóki nie zostanie doprecyzowane pojęcie jakości świadczeń, kolejne z wymienionych ustawowych kryteriów, nie będzie możliwe konsekwentne premiowanie najlepszych pod tym względem oferentów. Nowelizacja umożliwia także odrębne kontraktowanie świadczeń AOS dla grupy poradni przyszpitalnych, co z jednej strony powoduje korzystne sprzężenie z leczeniem szpitalnym, a z drugiej – jest dla nich prawdopodobnie gwarancją otrzymania kontraktów w przyszłości. Ustalono ponadto, że dotychczasowa umowa na udzielanie świadczeń może być przedłużona maksymalnie do 6 miesięcy w sytuacji, gdy zachodzi ryzyko braku zabezpieczenia udzielania świadczeń zdrowotnych. Wprowadzono również zmianę w postępowaniu odwoławczym, w szczególności zastępując dotychczasowe odwołanie od decyzji dyrektora Oddziału kierowane do Prezesa NFZ wnioskiem o ponowne rozpatrzenie sprawy przez dyrektora OW NFZ.

W ustawie zmieniającej w art. 4 wprowadzono możliwość przedłużenia maksymalnie do roku umów obowiązujących do końca 2013 r., które zawarto w latach 2010-2011. Ze względu na to, że terminarz planowania konkursów musi być skorelowany z pracami nad planem finansowym NFZ regulacja ta może okazać się nieskuteczna dla uniknięcia kumulacji, której można się spodziewać w 2014 r. Mając na względzie sformułowane oceny i uwagi oraz podjęte dotychczas działania, NIK wnosi do Ministra Zdrowia aby, w porozumieniu z Prezesem NFZ, podjął działania w celu:

- 1) wydawania aktów prawnych związanych z procesem kontraktowania świadczeń zdrowotnych w terminach umożliwiających sprawne prowadzenie postępowań konkursowych;
- 2) wprowadzenia rozwiązań organizacyjnych zapewniających sprawne i terminowe przeprowadzanie postępowań konkursowych, a w szczególności zapobiegających ich kumulacji;
- 3) wzmocnienia i konsekwentnego stosowania kryterium jakościowego w ramach procedury kontraktowania świadczeń medycznych oraz zagwarantowanie transparentności prowadzenia negocjacji;
- 4) uzyskania aktualnej wiedzy na temat kosztów wszystkich kontraktowanych świadczeń, która powinna stanowić podstawę ich rzetelnej wyceny.

<sup>8</sup> Ustawa z dnia 11 października 2013 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. poz. 1290).

NIK wnosi ponadto do Ministra Zdrowia o rozważenie wprowadzenia regulacji pozwalających Prezesowi Funduszu na bardziej aktywny udział w procesie kontraktowania odbywającym się w oddziałach wojewódzkich NFZ. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej wyposaża Prezesa Funduszu w kompetencje sprawowania całościowego nadzoru nad realizacją przez oddziały wojewódzkie przypisanych im zadań. Wprawdzie, ze względu na swój ogólny, nieskonkretyzowany charakter kompetencja ta nie może być wykorzystywana do ingerowania przez Prezesa NFZ w sposób władczy w postępowania prowadzone przez oddziały wojewódzkie, ale jest wystarczającą podstawą dla działań zarządczych decydujących o usprawnieniu ich organizacji i przebiegu.

**Biorąc pod uwagę wyniki kontroli NIK zwraca się do Ministra Zdrowia o przygotowania kompleksowej reformy systemu finansowania ochrony zdrowia. Minister powinien uwzględnić wynikającą z kontroli NIK konieczność zbilansowania potencjału szpitali w odniesieniu do potrzeb zarówno ogólnokrajowych jak i regionalnych oraz poddać analizie efektywność ich wykorzystania. Zawieranie umów ze szpitalami należy uwolnić od lokalnych nacisków, a jego głównymi przesłankami powinny być jakość i dostępność oferowanych pacjentom świadczeń. NIK zwraca też uwagę, że w dzisiejszym systemie finansowania szpitali publicznych brak jest koordynacji odrębnych strumieni finansowania działalności bieżącej i inwestycyjnej ze środków publicznych. Brak systemowej analizy potencjału szpitali oraz ich indywidualne plany inwestycyjne, każą przewidywać, że dysproporcje między oferowanymi świadczeniami a możliwością ich sfinansowania będą rosły.**

**3.1** Przygotowanie organizacyjne procesu kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej

**Plan finansowy** Podstawę dla ustalenia limitów świadczeń opieki zdrowotnej stanowi **plan finansowy** OW NFZ na dany rok. Plan finansowy przygotowany w układzie rodzajowym jest uszczegóławiany do poziomu zakresów świadczeń i obszarów kontraktowania w **planie zakupu** świadczeń. Oddział w planie zakupu wyznacza, w oparciu o kryterium terytorialne tzw. obszary kontraktowania, na których zostaną zakontraktowane poszczególne zakresy świadczeń. Dla tych obszarów wyznacza także planowaną liczbę świadczeń oraz ich cenę. Wartość świadczeń stanowi tym samym limit zakupu świadczeń.

Termin ogłoszenia konkursów jest uwarunkowany przez proces **zatwierdzenia** planu finansowego NFZ przez ministra właściwego do spraw zdrowia, działającego w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych (do 14 sierpnia każdego roku)<sup>9</sup>. Ponadto, termin ten jest uzależniony od ewentualnej **nowelizacji** rozporządzeń w sprawie świadczeń gwarantowanych i wydania na ich podstawie zarządzeń Prezesa NFZ (w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów oraz w sprawie określenia kryteriów oceny ofert).

**Ogłoszenia postępowań**

Prezes NFZ w piśmie z 30 sierpnia 2010 r., skierowanym do OW NFZ, poprosił o sukcesywne ogłaszanie postępowań (konkursów ofert i rokowań) w poszczególnych rodzajach, począwszy od 15 września 2010 r., z wyjątkiem RTM, w przypadku którego niezbędne było dokonanie zmian legislacyjnych.

W 2010 r. ogłoszone zostały pierwsze konkursy rozpoczynające proces dużego kontraktowania: 15 września (Małopolski OW NFZ dla większości rodzajów, Śląski OW NFZ dla REH i Świętokrzyski OW NFZ dla LSZ) i 16 września (Dolnośląski OW NFZ dla AOS). Natomiast w 2011 r. pierwsze konkursy ogłoszono 18 października (Łódzki OW NFZ dla REH i PRO) i 16 listopada (Podlaski OW NFZ dla AOS).

Od 2011 r., w wyniku zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej<sup>10</sup>, wprowadzono po raz pierwszy kontraktowanie nowego zakresu świadczeń w ramach POZ, tj. NiŚOZ. Postępowania w tym zakresie zostały ogłoszone pod koniec stycznia 2011 r., co było spowodowane faktem, że odpowiednie zarządzenie Prezesa NFZ<sup>11</sup> ukazało się dopiero 23 grudnia 2010 r. Na skutek tego Oddziały w krótkim czasie musiały m.in. dokonać podziału terytorialnego danego województwa na obszary kontraktowania, a przede wszystkim przygotować i przeprowadzić postępowania dla tych obszarów.

Problemy organizacyjne, które pojawiły się w poszczególnych Oddziałach związane były z **kumulacją postępowań** dla różnych rodzajów świadczeń, późnym udostępnieniem przez Centralę NFZ systemu informatycznego wspomagającego kontraktowanie oraz jego aktualizacjami. Kontraktowanie świadczeń w 2010 r. było pierwszym prowadzonym w oparciu o rozporządzenia koszykowe wydane w 2009 r.

<sup>9</sup> Art. 121 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

<sup>10</sup> Dz.U. z 2010 r. Nr 225, poz. 1465, zmiana weszła w życie 1 grudnia 2010 r.

<sup>11</sup> Zarządzenie nr 85/2010/DSOZ 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, dalej: *Zarządzenie nr 85/2010/DSOZ*.

Kumulacja konkursów, czyli przeprowadzenie postępowań konkursowych w kilku, a nawet kilkunastu rodzajach świadczeń w jednym czasie, negatywnie oddziaływała na prawidłowość i terminowość postępowań. Zwłaszcza było to widoczne, gdy OW NFZ równocześnie kontraktował LSZ i AOS. Obydwa wskazane rodzaje świadczeń stanowią istotną pozycję planu finansowego każdego OW NFZ.

Koszty świadczeń udzielonych w 2011 r. w LSZ i AOS stanowiły w kontrolowanych OW NFZ od 46,4% do 47,8% (LSZ) i od 6,7% do 7,7% (AOS) kosztów wszystkich świadczeń zdrowotnych.

Większość rodzajów świadczeń, w tym dwa największe (LSZ i AOS) w jednym roku kontraktowały w 2010 r. – na 2011 rok i lata następne m.in. województwa: małopolskie i świętokrzyskie, w 2011 r. – na 2012 r. i lata następne m.in. województwa: łódzkie, podlaskie i wielkopolskie.

Kontraktowanie w sposób polegający na rozłożeniu dwóch największych konkursów (LSZ i AOS) pomiędzy rok 2010 i 2011 wybrały m.in. województwa: śląskie i dolnośląskie<sup>12</sup>.

**W ocenie NIK kumulacja prowadzonych postępowań konkursowych spowodowała poważne trudności w terminowym ich przeprowadzeniu, zwiększyła ryzyko wystąpienia błędów w postępowaniach, co w konsekwencji było przyczyną dużej liczby odwołań złożonych do Prezesa NFZ oraz wywołało zakłócenia w bieżącej pracy Oddziałów.**

Kumulacja postępowań konkursowych, która wystąpiła we wszystkich badanych Oddziałach, zwiększała ryzyko nienależytego rozpatrywania ofert, ponieważ w jednym czasie, działając pod dużą presją czasu, członkowie komisji konkursowych musieli weryfikować wiele ofert oraz przeprowadzać wizytacje świadczeniodawców. Na jednego pracownika biorącego udział w kontraktowaniu przypadało w skrajnym przypadku nawet ponad 100 ofert do weryfikacji formalnej (kontraktowanie w LSZ w 2011 r. – Śląski OW NFZ). Do komisji konkursowych oprócz pracowników merytorycznych zostali powołani również pracownicy z innych komórek organizacyjnych Oddziałów. Zaznaczyć jednak należy, że z reguły negocjowano w 2-3 osobowych zespołach<sup>13</sup>, co powodowało, że na jeden zespół negocjacyjny przypadało nawet powyżej 200 ofert.

<sup>12</sup> W załączniku nr 5.4. przedstawiono ogólnopolską mapę kontraktowania świadczeń.

<sup>13</sup> Z wyjątkiem Śląskiego OW NFZ, w którym zespoły negocjacyjne liczyły nawet do 49 osób (w LSZ).

Tabela nr 1

Liczba złożonych ofert w rodzajach: AOS i LSZ oraz liczba ofert przyjętych do negocjacji przypadających na jednego członka zespołu negocjacyjnego w poszczególnych oddziałach

OW NFZ	AOS		LSZ	
	Liczba ofert	Liczba ofert przypadających na 1 członka zespołu negocjacyjnego	Liczba ofert	Liczba ofert przypadających na 1 członka zespołu negocjacyjnego
dolnośląski (AOS – 2012 r., LSZ – 2011 r.)	2 437	88	745	69
małopolski (2010 r.)	2 567	93	637	29
podlaski (2011 r.)	795	52	352	30
śląski (AOS – 2010 r., LSZ – 2011 r.)	5 197	72	1 034	17
świętokrzyski (2010 r.)	1 018	48	232	5
wielkopolski (2011 r.)	2 882	102	768	26

Źródło: Dane z kontroli NIK

Wszystkie te czynniki nie sprzyjały przeprowadzeniu rzetelnego i szczegółowego sprawdzenia warunków przedstawionych przez oferentów, co skutkowało zawarciem kontraktów także ze świadczeniodawcami niespełniającymi warunków (Podlaski, Śląski i Łódzki OW NFZ).

Przyczyną kumulacji postępowań było zakończenie okresów udzielania świadczeń w kilku rodzajach, przede wszystkim w AOS, a także w LSZ, w tym samym czasie. Spośród dyrektorów kontrolowanych Oddziałów tylko dyrektor Śląskiego OW NFZ nie podejmował żadnych działań w celu zróżnicowania okresu obowiązywania umów dla poszczególnych rodzajów świadczeń. Dyrektor Wielkopolskiego OW NFZ występując **o zgodę na zawarcie umów na czas dłuższy niż 3 lata** spowodował kumulację konkursów dla 11 rodzajów (w tym AOS i LSZ). W tym Oddziale nie rozważano dywersyfikacji okresu obowiązywania umów w rodzajach: POZ, AOS, LSZ, PSY, REH, SPO, PDT, PRO, SOK, ZPO, OPH. Za zakładane korzyści uznano m.in. stabilność rynku medycznego i gwarantowany w dłuższym okresie dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej w placówkach spełniających warunki wymagane odpowiednimi rozporządzeniami oraz pozytywny odbiór społeczny gwarancji związania pacjenta z placówką w dłuższym okresie.

#### Przykład:

*Największa kumulacja postępowań w Dolnośląskim OW NFZ nastąpiła w 2008 r., kiedy przeprowadzono postępowania niemal dla wszystkich rodzajów świadczeń zdrowotnych. Wtedy podpisano umowy na 2 lata (AOS, REH, STM) i 3 lata (LSZ, PSY, SOK). W 2009 r. przeprowadzono postępowania w rodzajach SPO i OPH podpisując umowy na 2 lata. Od tamtej pory kontrakty podpisywano na okresy umożliwiające przeprowadzanie od 3 do 6 konkursów rocznie oraz rozdzielenie tzw. dużych konkursów (AOS i LSZ). W tym celu:*

- *od konkursu w 2012 r. umowy w rodzaju AOS podpisywane są na 3 lata tak, aby konkursy przeprowadzane były w II kwartale danego roku i w innym roku niż konkursy na LSZ,*

- od 2010 r. dokonano kumulacji wszystkich konkursów w rodzaju LSZ tzn.:
  - 1) kontrakty dotyczące LSZ w trybie jednodniowym i planowym podpisano w 2010 r. na 1 rok oraz
  - 2) kontrakty dotyczące LSZ w nowych programach terapeutycznych w 2012 r. podpisano na 2,5 roku tak, aby wszystkie te postępowania można było przeprowadzić z pozostałymi postępowaniami w rodzaju LSZ w 2014 r. i podpisać kontrakty na 3 lata, tj. tak, aby następne postępowania nie wypadły w roku, w którym kontraktowane będą świadczenia w rodzaju AOS,
- po konkursie w 2011 r. w rodzaju PSY, kontrakty podpisano na 2 lata, aby w późniejszych latach kontrakty 3-letnie nie powodowały kumulacji tych postępowań z konkursami w rodzajach AOS i LSZ. Podobnie postąpiono z postępowaniami w rodzajach REH i STM.

W konsekwencji ww. działań od 2014 r. Oddział zaplanował od 3 do 6 konkursów rocznie tj. w 2014 r. – 6 konkursów (LSZ, REH, PRO, SOK, SPO, OPH), w 2015 r. – 3 konkursy (NiŚOZ, AOS, STM), w 2016 r. – 3 konkursy (REH, STM, SOK), w 2017 r. – 5 konkursów (LSZ, PRO, SOK, SPO, OPH), w 2018 r. – 3 konkursy (NiŚOZ, AOS, STM) oraz w 2019 r. – 2 konkursy (PSY, REH).

W latach 2010–2013 Oddział zwrócił się do Prezesa NFZ o zgodę na przedłużenie okresu obowiązywania kontraktów dotyczących pozytonowej tomografii emisyjnej „PET” (w zakresie SOK) oraz świadczeń lekarza i pielęgniarki POZ, pielęgniarki szkolnej oraz transportu sanitarnego. Tylko w jednym przypadku („PET”) Prezes NFZ wyraził zgodę na przedłużenie kontraktów na 5 lat. W pozostałych przypadkach tej zgody odmówił.

Dyrektor Małopolskiego OW NFZ 31 sierpnia 2010 r. zwrócił się do Prezesa NFZ o wyrażenie zgody na zawarcie umów o udzielanie świadczeń w poszczególnych rodzajach na okres do lat pięciu. W piśmie wskazano, że 31 grudnia 2010 r. kończy się 4-letni okres obowiązywania umów we wszystkich rodzajach świadczeń, w związku z czym Oddział musi przeprowadzić postępowania, w których liczba ofert i wniosków może sięgnąć ośmiu tysięcy ofert. Uzasadnieniem zawarcia umów na okres dłuższy niż 3 lata była chęć uniknięcia w przyszłości konieczności przeprowadzenia postępowań konkursowych i wnioskowych we wszystkich rodzajach świadczeń w jednym czasie. Prezes NFZ pismem z 7 września 2010 r. wyraził zgodę, zgodnie z wnioskiem Oddziału:

- na okres 3 lat w rodzajach: AOS, STM, PRO,
- na okres 4 lat w rodzajach: LSZ, REH, SOK,
- na okres 5 lat w rodzajach: POZ, PSY, SPO, OPH, RTM, UZD i ZPO.

W województwie świętokrzyskim, podobnie jak w województwie małopolskim, z dniem 31 grudnia 2009 r. upłynął termin obowiązywania umów wieloletnich w rodzaju: AOS i LSZ. Po uzyskaniu zgody Prezesa NFZ, Oddział aneksował umowy do 31 grudnia 2010 r.

#### Przykład:

Dyrektor Podlaskiego OW NFZ uzyskał wymaganą zgodę od Prezesa NFZ i okres obowiązywania umów zawartych w ramach „konkursu głównego” w trzech, spośród 14 rodzajów świadczeń, wynosił pięć lat, tj. w: LSZ, PSY (wszystkie zakresy świadczeń w warunkach stacjonarnych) oraz w RTM.

Centrala Funduszu nie podejmowała działań mających zapobiegać kumulowaniu postępowań konkursowych prowadzonych w Oddziałach, nie tworzyła terminarza postępowań konkursowych, gdyż jak wyjaśniła Prezes NFZ ogłoszenie terminów postępowań konkursowych leżało w gestii Oddziałów, które zobowiązane były do prowadzenia analiz dostępności do świadczeń przed rozpoczęciem procesu kontraktowania. Zdaniem Prezesa NFZ konieczność przeprowadzenia postępowań we wszystkich rodzajach świadczeń nie jest

sytuacją niezwykle i wynikała z konieczności zapewnienia odpowiedniej dostępności do świadczeń pacjentom.

W ocenie NIK, Prezes NFZ w ramach działań nadzorczych powinien mieć możliwość bardziej aktywnego udziału w procesie kontraktowania odbywającego się w Oddziałach, w szczególności w celu zapobieżenia kumulacji postępowań.

Uniknięciu jej nie sprzyjało również niejednolite postępowanie Prezesa NFZ przy udzielaniu zgody na zawarcie i przedłużenie umów na czas dłuższy niż 3 lata w różnych rodzajach świadczeń, wnioskowanych przez dyrektorów Oddziałów. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie może być zawarta na czas nieoznaczony. Zawarcie umowy na czas dłuższy niż 3 lata wymaga zgody Prezesa Funduszu. NFZ nie posiada jednolitej polityki w zakresie rozstrzygnięcia wniosków o wyrażenie zgody na zawarcie umów lub przedłużenie okresu ich obowiązywania. Analiza 10 spraw prowadzonych w związku ze skierowaniem do Prezesa Funduszu wniosków o wyrażenie zgody na zawarcie umów lub przedłużenie okresu ich obowiązywania na okres dłuższy niż trzy lata wykazała, że Prezes NFZ nie stosował jednolitych zasad przy ich rozpatrywaniu:

- w czterech analizowanych sprawach Prezes NFZ nie wyraził zgody na przedłużenie okresu obowiązywania zawartych umów, przy czym w trzech z nich brak było uzasadnienia odmowy,
- w jednej ze spraw Prezes Funduszu nie wyraził zgody na zawarcie umowy na okres dłuższy niż 3 lata, wskazując w uzasadnieniu, że wyrażana na podstawie art. 156 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, zgoda może dotyczyć zawarcia umowy z konkretnym, wymienionym we wniosku świadczeniodawcą, nie może natomiast dotyczyć wszystkich świadczeniodawców, z którymi Oddział podpisze umowy we wnioskowanym rodzaju świadczeń. Kontrola NIK wykazała jednak, że w żadnej z badanych spraw, w której Prezes NFZ udzielił zgody na zawarcie umowy na okres dłuższy niż 3 lata, dyrektorzy Oddziałów nie wskazywali we wnioskach konkretnych świadczeniodawców.

**Dla lepszego przeprowadzenia procesu kontraktowania świadczeń potrzebna jest ścisła współpraca z dyrektorami oddziałów wojewódzkich NFZ oraz większa aktywność Prezesa NFZ w planowaniu i „tworzeniu” mapy konkursów.**

**NIK zwraca uwagę, że jednorazowe przedłużenie okresu obowiązywania wybranych zakresów umów przez Prezesa NFZ mogłoby być skutecznym narzędziem w zapobieganiu kumulacji postępowań konkursowych prowadzonych w Oddziałach i tym samym usprawniać proces kontraktowania świadczeń zdrowotnych.**

#### Świadczenia gwarantowane

W 2011 r. kolejną przyczyną spiętrzenia zadań związanych z kontraktowaniem była przewlekłość **uzgodnień** pomiędzy Ministrem Zdrowia a Prezesem NFZ dotyczących rozporządzeń ustalających zakres świadczeń gwarantowanych

w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (rozporządzenia koszykowe), skutkująca ich opublikowaniem w III i IV kwartale roku, czyli w okresie kontraktowania świadczeń.

Przykład:

*Nowelizacje rozporządzeń koszykowych zostały opublikowane:*

- dla STM 29 lipca 2010 r.,
- dla REH 6 października 2010 r.,
- dla UZD 6 października 2010 r. i 13 września 2011 r.,
- dla AOS 28 października 2011 r., 4 listopada 2011 r., 8 grudnia 2011 r.,
- dla LSZ 15 września 2011 r., 3 i 4 listopada 2011 r.

Termin opublikowania rozporządzeń koszykowych jest niezwykle istotny z punktu widzenia rozpoczęcia przez Oddziały postępowań konkursowych, ponieważ rozporządzenia te stanowią podstawę do opracowania przez Prezesa NFZ zarządzeń w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w poszczególnych rodzajach świadczeń. Na podstawie ww. zarządzeń, Prezes NFZ opracowuje zarządzenie w sprawie określenia kryteriów oceny ofert, w którym do poszczególnych kryteriów zostają przyporządkowane warunki dodatkowo oceniane oraz uregulowany jest sposób wyliczenia punktów otrzymanych w ramach poszczególnych kryteriów. Kolejnym koniecznym krokiem jest dostosowanie przez dostawcę oprogramowania systemu informatycznego do znowelizowanych aktów prawnych (odpowiednio skonstruowane definicje konkursów i tzw. szablony ofertowe).

Pomimo, że opublikowanie rozporządzeń koszykowych i ich nowelizacje dokonane w 2010 r. i 2011 r. pozwoliły dyrektorom kontrolowanych OW NFZ na przeprowadzenie postępowań konkursowych, w efekcie których dokonano zakupu zdecydowanej większości planowanych świadczeń, to jednak w ocenie Najwyższej Izby Kontroli prace nad tymi rozporządzeniami oraz nad zarządzeniami Prezesa NFZ nie były właściwie skorelowane z założonym przez Centralę NFZ harmonogramem kontraktowania tych świadczeń. Uwzględnianie przez służby Ministra Zdrowia opracowywanych przez Fundusz harmonogramów postępowań konkursowych na dany rok kalendarzowy usprawniłoby wspólne prace nad aktami prawnymi oraz przyspieszyłoby rozpoczęcie kontraktowania.

Mając wiedzę o obiektywnych okolicznościach wpływających na czas i przebieg procesu legislacyjnego, służby Ministra Zdrowia powinny podjąć wszelką możliwą współpracę z Centralą NFZ dla zapewnienia wystarczającego czasu na rzetelne i sprawne przeprowadzenie kontraktowania.

Kontrola NIK wykazała, że NFZ był aktywnym uczestnikiem tego procesu legislacyjnego, niemniej jednak współpraca z Ministrem Zdrowia nie przebiegała efektywnie. Przykładami mogą być: nieuwzględnienie przez Ministra Zdrowia prośby Prezesa Funduszu skierowanej w październiku 2012 r. o niewprowadzanie do końca roku regulacji prawnych, które mogłyby opóźnić lub wręcz uniemożliwić skuteczne zakontraktowanie świadczeń na 2013 r.; zmiana

stanowiska Prezesa NFZ w sprawie projektu rozporządzenia koszykowego w rodzaju leczenie szpitalne w 2011 r. W sierpniu 2011 r., w trakcie trwania procesu legislacyjnego, Prezes NFZ w odstępie niespełna dwóch tygodni zmienił zdanie w sprawie projektu rozporządzenia.

Jak wynika z przeprowadzonej kontroli, trudności w uzgodnieniu warunków realizacji świadczeń w poszczególnych rodzajach prowadziły do opóźnień w pracach nad rozporządzeniami koszykowymi, bądź powodowały konieczność ich nowelizacji w krótkim czasie. Nie pozostało to bez wpływu na przebieg kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej. Szczególnie negatywnym tego przykładem było kontraktowanie świadczeń w rodzaju AOS na 2012 r., które miało miejsce m.in. na terenie województwa łódzkiego w listopadzie 2011 r. Bardzo krótki czas na przygotowanie ofert przez świadczeniodawców i przeprowadzenie konkursu skutkowało złożeniem wielu nierzetelnych ofert oraz znaczącymi odstępstwami od obowiązującej procedury konkursowej (jak np. rezygnacja z wizytacji świadczeniodawców)<sup>14</sup>.

#### Procedury kontraktowania

Proces kontraktowania świadczeń odbywa się w oparciu o przygotowaną przez Centralę NFZ *Procedurę*. W okresie 2010–2012 odpowiednio obowiązującymi były wersje nr 5.6-5.9 tej *Procedury*. Zasadnicze różnice pomiędzy kolejnymi wersjami (5.6. i późniejszą 5.9.) polegały na: rezygnacji z możliwości wyboru odpowiedzi na pytania ankietowe dotyczące warunków udzielania świadczeń poprzez zadeklarowanie, że „nie spełniam, ale będę spełniać od dnia podpisania umowy” oraz dopuszczeniu możliwości prowadzenia negocjacji jedynie z wybranymi oferentami.

#### Oprogramowanie

Oddziały były wyposażone w **odpowiednie oprogramowanie wspomagające kontraktowanie**. Zaznaczyć jednak należy, że zostało ono wprowadzone zbyt późno, tj. tuż przed ogłoszeniem konkursów lub w ich trakcie (Podlaski OW NFZ) oraz podlegało licznym zmianom, nawet w toku procesu kontraktowania. Główna i ostatnia aktualizacja systemu informatycznego została udostępniona Oddziałom 30 września 2010 r.<sup>15</sup>

#### Przykład:

*Szablony na 2011 r. dla AOS, REH i LSZ opublikowano 8 września 2010 r. Szablony na 2012 r. dla REH opublikowano 4 października 2011 r., a dla AOS 4 listopada 2011 r., tj. w dniu, w którym Prezes NFZ wydał zarządzenie nr 81/2011/DSOZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju AOS. Szablony dotyczące LSZ udostępniono Oddziałom 2 listopada 2011 r., a wersja zawierająca warunki dla świadczeń w trybie jednodniowym została opublikowana 13 grudnia 2011 r., tj. w dniu wydania zarządzenia nr 90/2011/DSOZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju LSZ.*

Liczne aktualizacje, błędy w oprogramowaniu, zawieszanie się systemu w związku z użytkowaniem jednocześnie przez wielu oferentów (konieczność korzystania z wielu aplikacji przez świadczeniodawcę) oraz powolne działanie systemu były głównymi problemami utrudniającymi bieżące procedowanie.

<sup>14</sup> Wyniki kontroli I/12/001/LLO.

<sup>15</sup> Wcześniejsze, etapowe aktualizacje systemu przekazywano Oddziałom w dniach: 8, 16, 17, 22, 23 i 24 września 2010 r.

Sprawności obsługi nie sprzyjało scentralizowanie procedury wprowadzania prostych zmian i aktualizacji, które przedłużało czas oczekiwania na załatwienie poszczególnych spraw na etapie składania ofert.

Przykład:

*W okresie sporządzania i składania ofert przez świadczeniodawców, tj. od 15 września do 31 grudnia 2010 r., Małopolski OW NFZ wykonał ponad 80 aktualizacji przekazanych przez Centralę NFZ i powiązanych z modułami aplikacji „Portal Świadczeniodawcy”, „Ofertowanie”, „Konkurs Ofert”, których powodem i celem była realizacja zgłoszeń błędów i rozszerzeń zleconych przez Centralę lub inne OW NFZ. W tym samym czasie stwierdzono 12 przerw w dostępie do serwisów Oddziału.*

Trudności w korzystaniu z Portalu mogły też wynikać z niewystarczającej wydajności urządzeń informatycznych oferentów (ograniczenia w transmisji danych).

W opinii NIK dokonywanie zmian w oprogramowaniu w trakcie prowadzonych przez Oddziały postępowań konkursowych może utrudniać sprawne i terminowe ich przeprowadzenie.

Ponadto w ocenie NIK wykorzystywane przy ocenie ofert narzędzie informatyczne nie gwarantowało prawidłowości dokonania tej oceny, a tym samym poprawnego rankingowania złożonych ofert. System naliczał punktację dla danej oferty wyłącznie za udzielone odpowiedzi ankietowe. Aplikacja ta nie porównywała danych między dwoma częściami oferty, tj. pomiędzy częścią opisową zawierającą m.in. wykaz sprzętu, personelu i harmonogram jego pracy, a częścią ankietową oferty (odpowiedzi na pytania dotyczące warunków wymaganych w zakresie posiadanego personelu, sprzętu i aparatury medycznej), co było niezbędne dla pełnej oceny ofert.

Przykład:

- 1. W ankiecie na pytanie „w jakim wymiarze czasu świadczeń udziela lekarz specjalista kardiologii lub hipertensjologii” zaznaczono odpowiedź „czas pracy równy 100% czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni”, w sytuacji, gdy z części opisowej oferty wynikało, że tygodniowy czas pracy lekarza specjalisty kardiologa wynosił 15 h, a dwaj pozostali lekarze to lekarze „w trakcie specjalizacji z kardiologii”; zatem lekarz specjalista udzielał świadczeń w wymiarze 25,8% czasu pracy wszystkich lekarzy poradni.*
- 2. W ankiecie zaznaczono, że czas pracy poradni wynosi „powyżej 36 do 48 godzin włącznie” a z części opisowej oferty wynikało, że łączny czas pracy lekarzy specjalistów wynosił tygodniowo 33 h 40 min.*

W ocenie NIK dostarczone przez Centralę NFZ narzędzie informatyczne nie było w wystarczającym stopniu przygotowane aby zapewnić i wspomagać prawidłowy przebieg procesu kontraktowania, w szczególności ocenę ofert. Oddziały miały ograniczony wpływ na sprawność działania tej aplikacji.

## Szkolenia

Przed rozpoczęciem procesu kontraktowania poszczególne OW NFZ organizowały szkolenia dla pracowników zaangażowanych w postępowania oraz dla świadczeniodawców. Przeszkolenie pracowników było niezbędne ponieważ, ze względu na olbrzymią liczbę ofert, do udziału w postępowaniach kierowano

wszystkich dostępnych pracowników Oddziałów, ograniczając w tym czasie pozostałą działalność OW NFZ. Szkolenia skierowane do świadczeniodawców obejmowały szczegółowy instruktaż w zakresie wypełniania ofert.

Szkolenia te były ściśle sprzężone z terminami ogłoszonych konkursów oraz wprowadzanych procedur i aplikacji (oprogramowania).

Przykład:

*Wielkopolski OW NFZ: w latach 2010–2012 przeprowadzono szkolenia wewnętrzne dla członków komisji konkursowych, jak również – w okresie poprzedzającym przygotowanie ofert lub w dniu ogłoszenia postępowania (dla AOS i LSZ), a maksymalnie do 7 dni po ich ogłoszeniu – szkolenia dla świadczeniodawców dotyczące poszczególnych konkursów ofert.*

*Podlaski OW NFZ: 17 października 2011 r. szkolenie dla potencjalnych świadczeniodawców, 18 października 2011 r. szkolenie dla wszystkich członków komisji konkursowych.*

W Śląskim OW NFZ szkoleń takich nie przeprowadzono w 2012 r., tj. w roku, w którym odbywał się m.in. konkurs główny w LSZ. Materiały szkoleniowe i informacje o kontraktowaniu były dostępne na stronach internetowych poszczególnych Oddziałów NFZ.

## Wycena świadczeń

Dokonując oszacowania wartości jednostki rozliczeniowej Fundusz nie uwzględniał kosztów udzielania świadczeń przez świadczeniodawców. Do 2011 r. NFZ nie dysponował wiedzą na temat rzeczywistych kosztów świadczeń zdrowotnych, pomimo że zgodnie z § 15 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>16</sup> dokonując wyceny poszczególnych świadczeń Prezes Funduszu zobowiązany był wziąć pod uwagę między innymi koszty ich udzielania przez świadczeniodawców, a w wybranych zakresach świadczeń, także koszty zapewnienia gotowości ich udzielania. **NFZ nie miał więc wystarczającej wiedzy o rzeczywistych kosztach udzielania świadczeń, które kontraktował.** Oszacowanie liczby świadczeń i ich ceny zostały dokonane przede wszystkim w oparciu o dane o liczbie wykonanych świadczeń w latach poprzednich.

Ustalenie wartości jednostki rozliczeniowej (punktu) w kontraktowaniu oddziałów szpitalnych na poziomie 51 zł zostało dokonane w 2008 r. Przy ustalaniu wartości punktu założono, że wysokość ceny powinna gwarantować zakontraktowanie w roku 2009 liczby świadczeń nie niższej od szacowanego wykonania w roku 2008 we wszystkich OW NFZ. Wycena punktu została dokonana na podstawie danych o liczbie wykonanych świadczeń, mierzonych liczbą pacjentów o niepowtarzalnych numerach ewidencyjnych PESEL do końca września 2008 r. oraz na podstawie założeń o podobnym kształtowaniu się liczby wykonanych punktów w kolejnym roku. Cena ta – jako propozycja wyjściowa NFZ – obowiązywała podczas kontraktowań na lata 2010–2011.

*Prezes NFZ wyjaśniła, że pomimo utrzymania jednostkowej oczekiwanej ceny punktu na poziomie 51 zł, przeciętna wartość jednej hospitalizacji sukcesywnie rosła. W roku 2009 przeciętna wartość hospitalizacji wyniosła 3.016 zł, w roku 2010 – 3.133 zł, a w roku 2011 – 3.233 zł. Wobec powyższego, w ocenie Prezesa NFZ, brak było przesłanek do weryfikacji, a w szczególności podwyższenia ceny punktu. W przekazanych 1 lipca 2011 r. dyrektorom OW NFZ założeniach do projektu planu finansowego na 2012 r. zalecono podwyższenie ceny za punkt w LSZ do 52 zł. W założeniach nie przedstawiono uzasadnienia zwiększenia ceny za punkt.*

We wszystkich zbadanych w niniejszej kontroli przypadkach kontraktowania w rodzaju LSZ, szpitale publiczne biorące udział w postępowaniu uzyskały cenę za punkt rozliczeniowy na poziomie przyjętym w planie finansowym NFZ, tj. 51 zł w 2010 i w 2011 r. oraz lub 52 zł w 2012 r. Ponadto w badanym okresie wystąpiły przypadki, w których niepubliczni świadczeniodawcy aby uzyskać kontrakt proponowali cenę niższą od stawki 51 zł i 52 zł i na taką cenę zawierali umowę.

Przykład:

1. *Małopolski OW NFZ: w konkursie w 2011 r. na LSZ – ortopedia i traumatologia narządu ruchu – hospitalizacja, oferty złożyli prywatni świadczeniodawcy proponując za punkt rozliczeniowy cenę od 46 zł do 51 zł.*
2. *Śląski OW NFZ: w konkursie w 2012 r. na LSZ – otolaryngologia zespół chirurgii jednego dnia, oferty złożyli prywatni świadczeniodawcy proponując za punkt rozliczeniowy cenę od 46 zł do 52 zł.*

W latach 2010–2012 do Prezesa NFZ wpłynęło kilkadziesiąt wniosków od konsultantów wojewódzkich w poszczególnych dziedzinach medycyny, dyrektorów szpitali dotyczących potrzeby zwiększenia wartości poszczególnych świadczeń, w tym m.in. niedoszacowania wybranych procedur w lecznictwie szpitalnym, wyceny świadczeń kardiologicznych oraz rosnących kosztów leczenia ostrych zespołów wieńcowych. Wnioski te nie przedstawiały jednak rzeczywistych kosztów udzielania świadczeń, które mogłyby zostać wykorzystane przez Fundusz przy wycenie poszczególnych świadczeń.

W wyniku współpracy z konsultantami krajowymi, NFZ dokonał oszacowania części świadczeń kardiologicznych<sup>17</sup>. Prace te, na etapie przygotowawczym, spotkały się z nikłym odzewem ze strony świadczeniodawców, ponieważ tylko 8 z 18 przekazało wymagane dane kosztowe. W zarządzeniu dotyczącym warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju LSZ<sup>18</sup>, wycena punktowa w wybranych grupach była niższa od zalecanych przez konsultantów, natomiast w zarządzeniu zmieniającym z 28 lutego 2012 r.<sup>19</sup> wycena punktowa została ustalona w wysokościach zalecanych przez konsultantów.

<sup>17</sup> Oszacowanie wartości grupy „E05”, „E23-E25”, rzeczywistych kosztów wszczęcia kardiowerterów/defibrylatorów (grupy „E34”, „E36”) oraz hospitalizacji w ramach grupy „E37”.

<sup>18</sup> Zarządzenie nr 72/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne.

<sup>19</sup> Zarządzenie nr 11/2012 Prezesa NFZ z 28 lutego 2012 r.

*Zastępca Dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej w Centrali NFZ wyjaśnił: w obecnym stanie prawnym brak jest możliwości powołania przez Prezesa NFZ zewnętrznej instytucji zajmującej się wyceną świadczeń, a taryfikacja świadczeń w oparciu o dane kosztowe, prowadzona przez instytucję niezależną od płatnika, jest ważnym elementem zmian systemowych zapowiedzianych przez Ministra Zdrowia.*

## Czas oczekiwania

W piśmie z 30 sierpnia 2010 r. skierowanym do dyrektorów Oddziałów dotyczącym sukcesywnego ogłaszania konkursów ofert, Prezes NFZ przypomniał o konieczności stosowania się do dokonanych podczas narady w dniu 19 sierpnia br. wzajemnych Państwa ustaleń odnośnie poziomu cen oczekiwanych w wybranych zakresach świadczeń (...). Dotyczyło to w szczególności ceny oczekiwanej osobodnia pobytu w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym / opiekuńczo-leczniczym oraz cen oczekiwanych w badaniach kosztochłonnych (tomografia komputerowa i rezonans magnetyczny). Ceną oczekiwaną, o której mowa w załączniku nr 2 do zarządzenia Nr 73/2009/DSOZ Prezesa NFZ<sup>20</sup>, jest cena wynikająca z wartości zamówienia oraz planowanej do zakupu liczby świadczeń opieki zdrowotnej w danym rodzaju lub zakresie. Na kwotę, którą NFZ płaci świadczeniodawcy za wykonanie świadczenia w ramach zawartej umowy, składa się wartość świadczenia wyrażona w jednostkach rozliczeniowych wynikająca z tzw. katalogu świadczeń jednostkowych, pomnożona przez cenę jednostki rozliczeniowej, przypisaną w konkretnej umowie do danego zakresu świadczeń i wyróżnika (miejsca realizacji). Zgodnie z § 15 ust. 3 załącznika do OWU, Prezes NFZ określa jednostki rozliczeniowe dla poszczególnych zakresów świadczeń i ustala wycenę poszczególnych świadczeń w tych jednostkach. Odbywa się to poprzez ustalanie katalogów świadczeń w poszczególnych rodzajach.

Jak wynika z § 15 ust. 1 i 2 OWU, ceny poszczególnych świadczeń lub ceny odpowiadających im jednostek rozliczeniowych uzgadniają strony umowy zawartej w wyniku postępowania prowadzonego w trybie konkursu lub rokowań. Punktem wyjścia uzgodnień jest cena określona w ofercie złożonej przez podmiot ubiegający się o zawarcie umowy.

Oddziały w ramach swoich kompetencji ustalają oczekiwane ceny jednostkowe na dany okres rozliczeniowy określony wstępnie w planie finansowym, następnie w planie zakupu świadczeń, a ostatecznie mają one swoje odzwierciedlenie w umowach zawieranych ze świadczeniodawcami. Przy sposobie planowania cen w poszczególnych rodzajach i zakresach świadczeń, jako podstawowe, praktykowane jest podejście empiryczne, oparte na corocznym weryfikowaniu i ewentualnym modyfikowaniu cen historycznych. Modyfikacja opiera się w szczególności na analizie zmian w zapisach regulujących zasady realizacji i rozliczania świadczeń na dany rok (nowelizacje zarządzeń Prezesa NFZ i katalogów świadczeń), kształtowania się cen w danym rodzaju/zakresie w kilku ostatnich latach, porównaniu własnych cen z innymi Oddziałami Funduszu

<sup>20</sup> Zarządzenie Prezesa NFZ z dnia 13 listopada 2009 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, dalej: *Zarządzenie Nr 73/2009/DSOZ*.

i średnią ceną krajową. Zasadą jest, że analizy i wynikające z nich wnioski odnoszą się do całej grupy podmiotów realizujących dany zakres świadczeń. Ceny te różnią się pomiędzy Oddziałami.

Przykład:

*W konkursie na rok 2011 w AOS dla zakresów: okulistyka, ortopedia i traumatologia narządu ruchu oraz kardiologia, Małopolski OW NFZ przyjął stałą „cenę oczekiwaną” w wysokości 8,50 zł za punkt rozliczeniowy, a Śląski OW NFZ zróżnicował cenę dla zakresów odpowiednio: 8,20 zł, 8,90 zł i 9,20 zł;*

*W konkursie na rok 2012 w AOS dla zakresu okulistyka Podlaski OW NFZ przyjął „cenę oczekiwaną” w wysokości 9,00 zł za punkt rozliczeniowy, a Wielkopolski OW NFZ cenę 9,15 zł.*

W przypadku niektórych rodzajów lub zakresów świadczeń, ceny jednostkowe koordynowane są na poziomie ogólnopolskim i przekazywane w formie zarządzeń Prezesa NFZ (np. stawki kapitacyjne obowiązujące w POZ i cena hemodializ w SOK), albo rekomendacji Funduszu odnośnie do zalecanych cen oczekiwanych, maksymalnych lub minimalnych. Zazwyczaj takie rekomendacje są wynikiem wcześniejszych konsultacji, przy czym formalnie nie mają one charakteru bezwzględnie wiążącego i przekazywane są w formie pism lub wytycznych (np. do planu finansowego).

W opinii większości badanych świadczeniodawców (61,5%)<sup>21</sup> cena świadczeń ustalona w wyniku negocjacji z NFZ znajduje się na granicy opłacalności lub nawet poniżej. Ci sami świadczeniodawcy nie prowadzą jednak szczegółowej ewidencji kosztów procedur medycznych. Jedynie trzech świadczeniodawców<sup>22</sup> było w stanie wyliczyć rzeczywiste koszty poszczególnych świadczeń opieki zdrowotnej.

Ponad 30% świadczeniodawców uznało, że wartość kontraktów pokrywa poniesione koszty świadczeń jedynie przy zastosowaniu całościowego rozliczania umów zawartych z NFZ. Szczególnie jest to widoczne w działalności operacyjnej jednostek szpitalnych, które udzielają świadczeń w kilku a nawet kilkunastu zakresach w LSZ i w AOS. Wówczas najważniejszym czynnikiem decydującym o rentowności tych jednostek jest wartość ogółem zawartych umów.

*W praktyce działalności operacyjnej jednostek szpitalnych najważniejszym czynnikiem decydującym o rentowności jest wartość globalna kontraktu (...) Koszt wytworzenia procedur jest bardzo podobny u poszczególnych podmiotów, natomiast wpływ na cenę jest bardzo ograniczony (NFZ podaje sugerowaną cenę, a ewentualne negocjacje o ile w ogóle występują, w praktyce możliwe są jedynie z największymi uczestnikami konkursu). (świadczeniodawca z terenu działania Małopolskiego OW NFZ)*

*Niektóre procedury z listy podstawowej procedur medycznych (...) w dominującej liczbie przypadków są z punktu widzenia kierownika jednostki „nieopłacalne”. Pojedyncza procedura z tej listy wyceniona jest na 3,5 pkt, czyli na tyle samo, na ile wycenione jest*

<sup>21</sup> Badaniem w zakresie rzeczywistych kosztów udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej nie byli objęci dwaj świadczeniodawcy z terenu Małopolski, tj. Centrum Medyczne MED-ALL i NZOZ SANA-MED. Sp. z o.o.

<sup>22</sup> Po jednym świadczeniodawcy w terenie działania OW NFZ: Śląskiego (LKA-4101-02-03/2013), Wielkopolskiego (LPO-4101-01-05/2013) i Dolnośląskiego (LWR-4101-27-05/2012).

*przyjęcie pacjenta przez lekarza w ramach wizyty lekarskiej. Nie uwzględnia się przy tym np. że procedury wymagają użycia sprzętu i jego przygotowania (np. sterylizacji), że szereg z nich to badania bardzo drogie (np. związane z oznaczaniem hormonów) lub trudno dostępne (np. badania wirusowe) albo – przeciwnie – badania będące podstawowymi dla lekarzy specjalistów konkretnych specjalności (np. badanie dna oka), które w ogóle nie powinny być wyszczególnione na ww. liście. Ponadto, z punktu widzenia lekarza/kierownika jednostki, aby leczenie pacjenta było opłacalne, konieczne jest rozkładanie badań diagnostycznych w czasie (tj. na kilka wizyt), co z kolei powoduje wydłużanie kolejek oczekujących na świadczenia. W konsekwencji (...) lekarze nie wykonują niektórych badań lub wykonują je wyłącznie pod presją ciążącą na nich odpowiedzialności karnej.*  
 (świadczeniodawca z terenu działania Wielkopolskiego OW NFZ)

### 3.2 Prowadzenie postępowań konkursowych

**W ocenie NIK zbyt duży zakres możliwych odstępstw od zasad określonych w *Procedurze* oraz konieczność ręcznej weryfikacji dużej liczby (obszernych) ofert, połączone w skrajnych przypadkach z odstępstwem od przeprowadzenia wizytacji, doprowadziły do zawarcia umów ze świadczeniodawcami niespełniającymi warunków konkursowych** (Łódzki, Śląski i Podlaski OW NFZ).

#### Weryfikacja ofert

*Procedura* weryfikacji ofert jest skorelowana z systemem informatycznym. Założenia kontraktowania zostały ustalone centralnie, czym została zapewniona jednolitość w zakresie weryfikacji ofert pod względem formalnym oraz przyznawanej punktacji. *Procedura* definiuje poszczególne etapy postępowania<sup>23</sup> od momentu jego przygotowania do momentu rozpatrzenia odwołań wniesionych od jego rozstrzygnięcia. System komputerowy do obsługi postępowania konkursowego nie jest kompatybilny z rejestrami lekarzy i pielęgniarek (prowadzonymi przez izby tych zawodów medycznych), co utrudnia szybką i sprawną weryfikację podawanego przez oferenta prawa wykonywania zawodu, jako warunku do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

*Procedura* przewiduje możliwość zastosowania odstępstw, które mogą obejmować tak ważne pozycje, jak sprawdzenie tzw. konfliktu harmonogramów pracy (porównanie powtarzalności personelu medycznego wykazanego w poszczególnych ofertach), rezygnacja z przeprowadzenia kontroli oferentów, którzy dotychczas nie mieli zawartej umowy o udzielanie świadczeń z NFZ w zakresie, na który została złożona oferta (wizytacje). We wszystkich kontrolowanych Oddziałach dyrektorzy wydawali zarządzenia zezwalające na dokonanie wyłączeń w odniesieniu do pełnej procedury weryfikacyjnej, ze względu na zbyt krótki czas na zakontraktowanie i związane z tym zagrożenie niedotrzymania terminów przy zawarciu umów oraz dużą liczbę złożonych ofert. Odstępstwa te polegały w szczególności na braku kontroli nowych oferentów (wizytacji) oraz braku weryfikacji złożonych ofert w zakresie powtarzalności

<sup>23</sup> Etapy postępowania: przygotowanie postępowania, ogłoszenie postępowań, rejestracja ofert, konkurs ofert/rokowania składający się z części jawnej (m.in.: otwarcie ofert i ich weryfikacja) i niejawnej (negocjacje z oferentami, ranking końcowy), unieważnienie postępowania, rozpatrywanie protestów oraz odwołań.

personelu w nich wykazanego. O powyższym dyrektorzy Oddziałów informowali pisemnie Prezesa Funduszu.

W przypadku Łódzkiego OW NFZ zarządzenie o stosowaniu odstępstw od *Procedury* polegających na: nieprowadzeniu obowiązkowej kontroli „nowych” podmiotów, niesprawdzaniu powtarzalności personelu wykazanego w poszczególnych ofertach w relacji z pozostałymi, niebadaniu zgodności oświadczeń o wpisach do rejestru z danymi w publicznym rejestrze teleinformatycznym – zostało wydane równocześnie z ogłoszeniem konkursu, gdy nie była jeszcze znana liczba oferentów podlegających obowiązkowej kontroli, co umożliwiałoby potencjalnym oferentom zapoznanie się z treścią tego zarządzenia. Tym samym oferenci uzyskali informację, że podane przez nich dane w ofercie nie zostaną praktycznie zweryfikowane.

Po dokonaniu otwarcia ofert w tzw. części jawnej konkursu, komisje konkursowe powołane przez dyrektora odpowiedniego OW NFZ dokonywały weryfikacji ofert. Stosowany przez nie system informatyczny, który w założeniu miał wspomagać proces kontraktowania, nie przewidywał w ogóle badania zgodności udzielonych odpowiedzi z ankiety (formularza ofertowego) z danymi zamieszczonymi w części opisowej oferty lub w innych bazach NFZ. Tę ważną część weryfikacji członkowie komisji konkursowych musieli wykonywać ręcznie.

Kontrola wykazała, że członkowie komisji konkursowych nierzetelnie weryfikowali odpowiedzi ankietowe, w szczególności w zakresie harmonogramów i czasu pracy zgłoszonego w ofertach personelu medycznego oraz w zakresie wyników kontroli NFZ. Nie badano koincydencji/zbieżności między rodzajami świadczeń (np. pomiędzy usługami świadczonymi przez lekarza specjalistę w poradni a jego pracą w szpitalu). Analizując przedstawiony harmonogram nie badano czasu dojazdu pomiędzy miejscami świadczenia usług. Ponadto niektórzy oferenci nie przyznawali się do negatywnych wyników wcześniejszych kontroli NFZ, aby nie obniżyć oceny swojej oferty. Brak weryfikacji w tym zakresie stawał w korzystniejszej sytuacji świadczeniodawców, którzy udzielili nieprawdziwych odpowiedzi ankietowych (Łódzki OW NFZ).

O nierzetelności dokonanej weryfikacji świadczą m.in:

- 1) przyjęcie oferty, w której świadczeniodawca deklarował przewożenie całości wymaganego sprzętu i aparatury medycznej między dwoma poradniami zlokalizowanymi w miejscowościach odległych od siebie o ponad 26 km (Małopolski OW NFZ),

Przykład:

*Świadczeniodawca wskazał w ofercie dwa miejsca udzielania świadczeń (AOS w zakresie kardiologii) wskazując jako dostępny ten sam sprzęt. Zadeklarował, że sprzęt ten jest przenośny i może być wykorzystywany w obu miejscach udzielania świadczeń. Małopolski OW NFZ w trakcie procedury konkursowej skontrolował tego świadczeniodawcę. Komisja przeprowadzająca kontrolę potwierdziła – dla każdej oferty oddzielnie – zgodność stanu faktycznego z ofertą. Kontrole te nie zostały przeprowadzone w tym samym czasie i dlatego w ocenie NIK istnieje znaczne ryzyko, że świadczeniodawca może realizować świadczenia w jednej z zadeklarowanych miejscowości w ogóle bez wymaganego sprzętu, bądź bez kompletu tego sprzętu.*

- 2) przyjęcie ofert wykazujących tego samego lekarza specjalistę pracującego po 10 godzin przez 5 dni w tygodniu w dwóch miejscach, określających jego godziny przyjęć w sposób, który nie uwzględnił czasu na przejazd z jednej poradni do drugiej oddalonej o 10 km (Łódzki OW NFZ),

**Przykład:**

*Dla lekarza specjalisty chorób płuc wykazano następujące godziny przyjęć w różnych poradniach:*

- oferta A: 10 godzin tygodniowo (poniedziałek 12<sup>00</sup> – 18<sup>00</sup> i czwartek 8<sup>00</sup> – 12<sup>00</sup>),
- oferta B: 40 godzin tygodniowo (poniedziałek 8<sup>00</sup> – 12<sup>00</sup>, czwartek 12<sup>00</sup> – 18<sup>00</sup> oraz wtorek, środa i piątek 8<sup>00</sup> – 18<sup>00</sup>).

*Komisja konkursowa nie wezwała oferenta do wyjaśnienia przyczyn nieuwzględnienia czasu na przejazd z jednej poradni do drugiej (w poniedziałki i czwartki).*

- 3) przyjęcie ofert, w których u różnych oferentów wykazano ten sam sprzęt i aparaturę medyczną (Łódzki OW NFZ),

**Przykład:**

*W ofertach dwóch świadczeniodawców składających ofertę na ten sam zakres świadczeń wykazany został ten sam sprzęt medyczny. Obydwa podmioty medyczne świadczyły usługi w tej samej lokalizacji częściowo w tym samym przedziale czasowym, w oparciu aktualizowaną co rok umowę „bezpłatnego użyczenia sprzętu i aparatury medycznej”.*

- 4) zawarcie umowy w rodzaju LSZ z podmiotem wykonującym działalność leczniczą inną niż leczenie szpitalne (Łódzki OW NFZ),

**Przykład:**

*Kontrola NIK wykazała, że Oddział zawarł umowę o udzielanie świadczeń w rodzaju LSZ z podmiotem wykonującym działalność leczniczą inną niż leczenie szpitalne. Wynikało to z faktu, że OW NFZ nie przeprowadził prawidłowej weryfikacji oferty ani kontroli prawidłowości realizacji umowy. Ze względu na brak jednoznacznych podstaw dla stwierdzenia, że dokonano wadliwego wyboru świadczeniodawcy umowa nie została jednak wypowiedziana.*

- 5) zawarcie umowy ze świadczeniodawcą użytkującym aparat RTG bez właściwego zezwolenia wynikającego z przepisów ustawy z dnia 29 listopada 2000 r. Prawo atomowe<sup>24</sup> (Łódzki, Małopolski, Podlaski i Wielkopolski OW NFZ),

**Przykład:**

*Świadczeniodawca z terenu działania Wielkopolskiego OW NFZ wykazał i użytkował przyłóżkowy aparat RTG bez wymaganego zezwolenia wydanego przez Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego na jego użytkowanie i stosowanie na jednym z oddziałów szpitalnych.*

*W wyniku kontroli NIK przeprowadzonej u jednego ze świadczeniodawców z terenu działania Podlaskiego OW NFZ stwierdzono, że wykazane w ofercie: pracowania RTG i aparat RTG nie miały wymaganego zezwolenia na użytkowanie. W odpowiedzi na wystąpienie pokontrolne dyrektor Podlaskiego OW NFZ poinformował o rozwiązaniu umowy z tym świadczeniodawcą.*

<sup>24</sup> t.j. Dz.U. z 2012, poz. 264

## 6) dokonanie przez jedną z komisji konkursowych zmiany w złożonych ofertach.

## Przykład:

*Komisja konkursowa postanowiła dokonać zmiany w części elektronicznej 11 ofert, która skutkowałą odjęciem każdemu oferentowi 35 punktów. Było to spowodowane nieprawidłową interpretacją przez komisję pkt. 1.1. załącznika nr 3 do zarządzenia Nr 53/2010/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 2 września 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju REH. Przeprowadzone w Oddziale kontrole przez Ministra Zdrowia oraz Prezesa NFZ wykazały, że działania podjęte przez komisję konkursową naruszały ww. zarządzenie Prezesa NFZ. Realizując zalecenia pokontrolne Ministra Zdrowia, Dyrektor POW NFZ wypowiedział z dniem 30 września 2012 r. wszystkie dotychczas zawarte umowy (także w postępowaniu uzupełniającym) w części dotyczącej lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia.  
(świadczeniodawca z terenu działania Podlaskiego OW NFZ)*

Również inne problemy, jak np. brak możliwości automatycznego sprawdzenia prawa wykonywania zawodu zgłoszonych w ofercie pielęgniarek, położnych i lekarzy, czy też zgodności danych podmiotów z rejestrem podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub z bazami danych prowadzonych przez izby zawodów medycznych, powodowały wydłużenie weryfikacji ofert, zwiększając także ryzyko popełnienia błędu przez pracowników Oddziału.

**Kontrole oferentów**

W tzw. części jawnej postępowania *Procedura* przewiduje obligatoryjne przeprowadzenie kontroli oferentów, którzy dotychczas nie mieli zawartej z NFZ umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie, na który została złożona oferta. Celem kontroli oferenta jest porównanie informacji zawartych w jego ofercie ze stanem faktycznym. Spośród badanych oddziałów kontrole nowych świadczeniodawców przeprowadziły OW NFZ: Dolnośląski, Małopolski, Świętokrzyski i Wielkopolski. W wyniku tych kontroli w kilku przypadkach stwierdzono nieprawidłowości skutkujące odrzuceniem ofert (m.in. Dolnośląski OW NFZ).

## Przykład:

*W wyniku kontroli stwierdzono nieprawidłowości u 9 oferentów biorących udział w trzech postępowaniach w rodzaju LSZ, w zakresie chirurgii jednego dnia, dotyczące niespełnienia wymogów dotyczących organizacji i wyposażenia bloku operacyjnego.*

Do 2011 r. *Procedura* dopuszczała zgłoszenie oferty z zadeklarowaniem spełnienia warunków wymaganych do udzielania świadczeń dopiero od dnia zawarcia kontraktu<sup>25</sup>, co powodowało, że do konkursu stawali świadczeniodawcy nie dający rękojmi należytego ich udzielania.

Zdaniem NIK, dopuszczenie w *Procedurze* możliwości złożenia oferty opierającej się wyłącznie na oświadczeniach oferenta (odpowiedzi „tak” lub „nie”), że: posiada on konkretny sprzęt i aparaturę medyczną, zapewnia realizację badań

<sup>25</sup> W części ankietowej oferty zaznaczano odpowiedź „spełniam warunek w dniu złożenia oferty i będę spełniać od początku obowiązywania umowy” lub „nie spełniam warunku w dniu złożenia oferty, ale będę spełniać od początku obowiązywania umowy”.

diagnostycznych oraz dysponuje „dostępnym” (lub „deklarowanym”) personelem medycznym, w szczególności w zakresie warunków wymaganych, skutkowało tym, że we wszystkich takich przypadkach weryfikacja tych odpowiedzi mogła odbyć się tylko na etapie kontroli oferenta. Kontrole przeprowadzane po zawarciu umowy, których celem była m.in. weryfikacja wymogów przyjętych warunkowo na etapie konkursu, nie objęły wszystkich świadczeniodawców. Świadczy o tym przykład województwa dolnośląskiego, gdzie na 188 ofert, w których świadczeniodawcy deklaruowali warunkowe spełnienie wymogów, w 132 przypadkach tj. w 70,2%, Oddział po zawarciu umowy nie przeprowadził kontroli, celem weryfikacji wymogów przyjętych warunkowo na etapie konkursu. Niektóre z kontroli po zawarciu umów zostały przeprowadzone nierzetelnie, ponieważ koncentrowały się jedynie na sprawdzeniu posiadania wymaganego sprzętu na dzień dokonywania oględzin bez zweryfikowania daty jego zakupu lub wejścia w jego posiadanie (Łódzki OW NFZ).

Występowanie istotnego ryzyka przyjęcia ofert, które powinny być odrzucone na etapie postępowania konkursowego, potwierdzają ustalenia kontroli u świadczeniodawcy mającego siedzibę w Wieprzu przeprowadzonej przez Śląski OW NFZ (w lutym 2012 r.). Kontrola realizacji umów zawartych z tym świadczeniodawcą wykazała m.in., że w dniu rozpoczęcia kontroli brakowało obsady lekarsko-pielęgniarskiej zgodnej ze zgłoszonym harmonogramem pracy, umowy zawarte z personelem nie określały wymiaru zatrudnienia tego personelu oraz nie przedstawiono umów o świadczenie usług medycznych zawartych z personelem lekarsko-pielęgniarskim (cztery osoby). Wyniki ponownej kontroli u tego świadczeniodawcy skutkowały wezwaniem go do zapłaty kary umownej w wysokości 12,4 tys. zł oraz podjęciem decyzji o rozwiązaniu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju LSZ w zakresie chirurgia naczyniowa – zespół chirurgii jednego dnia oraz ortopedia i traumatologia narządu ruchu – zespół chirurgii jednego dnia, bez zachowania okresu wypowiedzenia (pismo z 1 marca 2013 r.) w trakcie trwania w Oddziale kontroli NIK.

Kontrola NIK potwierdziła ustalenia kontroli OW NFZ, a ponadto wykazała, że działalność lecznicza prowadzona była w budynku dawnej szkoły podstawowej, który przez około 10 lat nie był użytkowany („pustostan”), bez uzyskania pozwolenia na jego użytkowanie, co stanowiło naruszenie art. 55 pkt 1 ustawy Prawo budowlane<sup>26</sup>. Pozwolenie na budowę polegające na zmianie sposobu użytkowania i rozbudowie budynku szkoły na zespół chirurgii jednego dnia, wydane przez Wicestarostę Żywieckiego 19 grudnia 2011 r., zostało uchylone przez Starostę Żywieckiego 20 lutego 2013 r., w związku z decyzją Powiatowego Inspektora Nadzoru Budowlanego w Żywcu z 15 stycznia 2013 r. Rozbieżności pomiędzy treścią ofert, a stanem faktycznym stanowiły również podstawę wypowiedzenia przez Śląski OW NFZ pięciu umów, zawartych ze świadczeniodawcami deklarującymi spełnianie wymaganych warunków.

<sup>26</sup> Ustawa z dnia 7 lipca 1994 r. Prawo budowlane (t.j. Dz.U. z 2010 r. Nr 243, poz. 1623 ze zm.).

Ponadto w wyniku kontroli oferentów przeprowadzanej przez OW NFZ w kilku przypadkach stwierdzono **tzw. kłamstwa ofertowe**, czyli podanie w ofercie danych niezgodnych ze stanem faktycznym. Wszystkie stwierdzone przypadki podania nieprawdziwych danych zostały objęte postępowaniami prowadzonymi przez Prokuraturę (OW NFZ Małopolski, Podlaski).

Kontrola NIK wykazała, że niektórzy świadczeniodawcy użytkowali sprzęt medyczny i aparaturę bez aktualnych badań technicznych.

Przykład:

*Dwaj świadczeniodawcy z terenu działania Świątokrzyskiego OW NFZ do diagnozowania i leczenia pacjentów wykorzystywali sprzęt i aparaturę medyczną nieposiadającą aktualnych badań stanu technicznego. Dotyczyło to ponad 20 urzędzeń medycznych i zostało negatywnie ocenione przez NIK.*

**Zdaniem NIK korzystanie ze sprzętu, co do którego nie ma pewności, że jest on sprawny technicznie, może prowadzić do wadliwego diagnozowania pacjentów oraz może stanowić potencjalne źródło zagrożenia ich zdrowia i życia.**

## Ocena ofert

Po dokonaniu weryfikacji ofert, w tym przeprowadzeniu czynności, takich jak wizytacja, wezwanie do dokonania zmian, czy złożenia wyjaśnień, następowało automatyczne rankingowanie złożonych ofert. Ocena ofert odbywała się za pomocą systemu komputerowego według szablonu udostępnionego przez Centralę NFZ, który naliczał punktację odpowiednio do kryteriów określonych w zarządzeniach Prezesa Funduszu<sup>27</sup>. Po „wczytaniu wersji” elektronicznej oferty przez system, następowało automatyczne wygenerowanie tzw. rankingu otwarcia, który był punktem wyjścia do etapu negocjacji. Ranking sporządzany był dla każdego miejsca udzielania świadczeń, wskazanego przez świadczeniodawcę w ofercie, w kolejności malejącej łącznej liczby punktów oceny.

Kryteria oceny ofert określone w zarządzeniu Prezesa NFZ (cena, dostępność, kompleksowość, ciągłość, jakość) nie są z założenia stosowane jednolicie we wszystkich zakresach, ze względu np. na brak ich stałych mierników. Wskazane kryteria są zdefiniowane w zarządzeniu poprzez wymienienie warunków dodatkowo ocenianych, którym przypisano liczbę punktów jednostkowych. Warunki te są przeniesione, jako pytania do części ankietowej oferty a odpowiedzi udzielone przez oferentów są automatycznie punktowane (z uwzględnieniem tzw. wagi skalującej).

Przykład:

*Jako warunki dodatkowo oceniane w kryterium „kompleksowość” dla AOS (dla wszystkich zakresów) przewidziano: możliwość doboru aparatów słuchowych różnymi metodami, pobranie materiału do badań z oceną cytologiczną/histopatologiczną, możliwość założenia gipsu, amniopunkcję diagnostyczną z badaniem płynu owodniowego, wykonywanie innych badań elektrofizjologicznych; każdemu z tych warunków przypisano 3 punkty.*

<sup>27</sup> Zarządzenia Nr 73/2009/DSOZ z 13 listopada 2009 r. i Nr 54/2011/DSOZ z 30 września 2011 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.

Kryteria oceny ofert nie podlegały zmianie w toku postępowania i były jednolite dla wszystkich oferentów w danym zakresie świadczeń.

Większość (90%) badanych świadczeniodawców spełniało również **tzw. warunki dodatkowo oceniane (rankingujące)**, określone w ww. zarządzeniach Prezesa NFZ, jako tzw. kryteria niecenowe (dostępność, kompleksowość, ciągłość, jakość). Warunki te obejmowały m.in.:

- posiadanie w miejscu udzielania świadczeń aparatu do USG i/lub RTG, tomografu komputerowego, rezonansu magnetycznego,
- posiadanie w każdym oddziale szpitalnym co najmniej jednego pokoju jednoosobowego z węzłem sanitarnym lub gabinetu diagnostyczno-zabiegowego,
- zapewnienie dostępu do konsultacji z lekarzem posiadającym daną specjalizację lub psychologiem,
- posiadanie danej komórki organizacyjnej w swojej strukturze (np. w LSZ oddziału anestezjologii i intensywnej terapii).

**Kontrole przeprowadzone przez NIK u wybranych świadczeniodawców wykazały, że posiadanie sprzętu medycznego deklarowanego w ofercie i traktowanego jako warunek dodatkowo oceniany często nie wiązało się z faktycznym wykonywaniem na takim sprzęcie badań.**

Przykład:

*Jeden ze świadczeniodawców z terenu Małopolski, pomimo zawartej umowy z podwykonawcami na realizację świadczeń, których spełnianie było warunkiem dodatkowo ocenianym, nie wykonywał tych badań (badań densytrycznych z kręgosłupa lub kości udowej oraz badań angiografii fluroesceinowej). Świadczeniodawca wyjaśnił, że pacjenci nie korzystali z usług tych podwykonawców prawdopodobnie ze względu na jego odległą lokalizację.*

*W województwie podlaskim świadczeniodawca zapewniający, na podstawie umów z podwykonawcami, dostęp do badań: diagnostycznych (laboratoryjnych i obrazowych) oraz mikrobiologicznych nie był w stanie określić dokładnej liczby wykonanych badań.*

## Negocjacje

Zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej i obowiązującą *Procedurą* celem negocjacji jest ustalenie stanowiska stron (oferenta i Oddziału NFZ) w zakresie ceny i liczby świadczeń opieki zdrowotnej.

*Procedura* w wersji 5.9 stosowana przy kontraktowaniu świadczeń na rok 2011 i lata następne przewidywała możliwość prowadzenia negocjacji z wybranymi oferentami, których oferty nie zostały odrzucone w części jawnej postępowania konkursowego. Przesłanką zaproszenia oferenta miała być wysoka łączna ocena oferty uzyskana na podstawie tzw. kryteriów niecenowych.

**Kontrola wykazała brak przejrzystych reguł podziału środków przeznaczonych na zakup świadczeń pomiędzy oferentów zaproszonych do negocjacji w ramach danego postępowania, a niejednokrotnie dowolność prowadzenia postępowania. Prowadzenie negocjacji, w opinii świadczeniodawców, stanowiło raczej licytację zmierzającą do obniżenia ceny zaproponowanej w ofercie.**

Jedynym oczywistym ograniczeniem jest wartość zaplanowanych środków (na dane postępowanie, obszar kontraktowania, zakres i rodzaj świadczeń) w planie zakupu danego OW NFZ. Kolejne ograniczenie stanowi tzw. potencjał wykonawczy oferenta, czyli posiadane przez niego zasoby (personel, sprzęt i aparatura medyczna, pomieszczenia, harmonogram pracy personelu) w kontekście zdolności do udzielania pacjentom oferowanej liczby świadczeń zdrowotnych.

Podstawą ustalenia negocjacyjnej propozycji Funduszu odnośnie do liczby świadczeń jest potencjał oferenta wyrażony liczbą punktów rozliczeniowych obliczany w oparciu o dane zawarte w ofercie z uwzględnieniem m.in. przyjętej dla danego zakresu świadczeń średniej liczby możliwych do wykonania w ciągu godziny świadczeń (porad, badań) i średniej wartości jednego świadczenia. Na wstępną propozycję NFZ składał się określony procent tak obliczonego potencjału maksymalnego świadczeniodawcy.

Kontrola wykazała, że sposób formułowania propozycji przez OW NFZ w trakcie negocjacji nie był jednolity i transparentny. Podstawę propozycji stanowiły indywidualne kalkulacje Oddziałów, od których jednak dokonywano odstępstw, co uniemożliwiało weryfikację ich zasadności i prawidłowości. Dowolność postępowania w tym zakresie nie zapewniała równego traktowania wszystkich oferentów, jak również nie gwarantowała, że postępowanie prowadzono z zachowaniem uczciwej konkurencji, tj. zgodnie art. 134 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

Odpowiadając na pytanie o sposób obliczenia propozycji negocjacyjnej przedstawianej poszczególnym oferentom, Oddziały wskazywały:

- *przebieg postępowania był zapisywany w komputerze w programie Word i Excel. Były to zapisy robocze i dotyczyły one proponowanych przeliczeń czasu pracy poradni, lekarzy, realizacji umowy, ilości zlecanych badań, wykonywanych porad. W materiałach tych mogło się znaleźć matematyczne uzasadnienie dokonywanych przez nas wyliczeń. Na podstawie danych o wykonaniu kontraktu w okresie wcześniejszym, potencjale oferenta, wykonywanych badaniach, komisja konkursowa próbowała urealnić faktyczne możliwości oferenta (Podlaski OW NFZ);*
- dla konkursu w AOS propozycje Oddziału w zakresie liczby świadczeń i ceny oparte były na wyliczeniu tzw. potencjału wykonawczego. Zasady przyznawania propozycji ilościowych przez komisje konkursowe w AOS zostały spisane w formie notatki służbowej w dniu 16 października 2010 r., zgodnie z którą dla AOS przyjęto jednolity wzór do obliczania potencjału wykonawczego, który odwoływał się do średniej wagi punktowej porady oraz średniego czasu trwania świadczenia. Przy określaniu liczby świadczeń opierano się na danych dotyczących wartości dotychczasowych umów stosownie do zapisów *Procedury 5.6* (pkt. 3.2.1.2.). Wyliczone propozycje limitów zatwierdzane były przez Dyrektora Oddziału. Brak było dokumentów wskazujących jednoznacznie sposób, w jaki dokonano podziału kwoty

poszczególnych postępowań w ramach konkursu w LSZ, jak również sposób ustalenia propozycji finansowych dla poszczególnych świadczeniodawców. OW NFZ dysponował jedynie notatką służbową zatwierdzoną przez byłego Dyrektora Oddziału, której zapisy nie dają podstaw do jednoznacznej identyfikacji sposobu podziału środków np.: (...) *w niektórych przypadkach uwzględniono także propozycje zawarte w ofercie (...). Dla pozycji znajdujących się na górze rankingu plan ten był zwiększany, a w stosunku do pozycji zajmujących ostatnie miejsca w rankingu plan ulegał znacznemu zmniejszeniu (...)* (Śląski OW NFZ);

- komisje konkursowe formułując propozycje Oddziału w zakresie liczby i wartości świadczeń w rodzaju LSZ w dwóch postępowaniach nie ustaliły jednolitych i przejrzystych kryteriów obliczania powyższych wartości. Przewodniczący komisji konkursowych nie wskazał sposobu obliczania wartości stanowiących propozycję NFZ odnoszącą się do liczby i wartości świadczeń (Wielkopolski OW NFZ);
- *proponowaną przez Oddział liczbę świadczeń wyliczono w oparciu o potencjał świadczeniodawcy, dane dotyczące pierwotnej i ostatecznej wysokości kontraktu oraz wykonania świadczeń w poprzednim okresie rozliczeniowym. Uwzględniano również wyniki kontroli oraz skargi pacjentów. Przy weryfikacji ofert w zakresie ceny komisja brała pod uwagę obiektywne czynniki i ustalała, czy oferta nie zawiera ceny rażąco niskiej do przedmiotu zamówienia. (...) Propozycje Oddziału względem oferenta, zawarte były w materiałach roboczych, tworzonych przez poszczególne komisje na potrzeby negocjacji* (Świętokrzyski OW NFZ);
- *komisja każdorazowo otrzymywała zatwierdzony przez Dyrektora dokument będący wyliczoną na podstawie przeprowadzonej analizy propozycją wartości kontraktów dla komisji* (Dolnośląski OW NFZ);
- *w oparciu o dane zawarte w ofercie – harmonogram pracy komórki oraz personelu lekarskiego (wyrażony liczbą godzin pracy w tygodniu), obliczany był potencjał maksymalny oferty (wyrażony liczbą punktów rozliczeniowych), z uwzględnieniem przyjętej dla danego zakresu świadczeń średniej liczby możliwych do wykonania w ciągu godziny świadczeń (porad, badań) i średniej wartości jednego świadczenia, mnożonych następnie przez 26 tygodni (1 półrocze). Jako wstępną propozycję Funduszu składano 85% tak obliczonego potencjału maksymalnego; w toku negocjacji zespół negocjacyjny mógł podnieść ją maksymalnie do 100% potencjału* (Małopolski OW NFZ).

**We wszystkich badanych Oddziałach NIK stwierdziła brak udokumentowania przebiegu negocjacji oraz brak uzasadnień propozycji negocjacyjnych Funduszu. Dokumentacja postępowań konkursowych nie pozwalała na odtworzenie ich rzeczywistego przebiegu.**

Konieczność przeprowadzenia w krótkim czasie wszystkich postępowań pociągała za sobą liczne nieprawidłowości przy dokumentowaniu przebiegu prowadzenia negocjacji. Żaden z dokumentów przewidzianych w *Procedurze*

i sporządzanych w trakcie postępowania nie pozwalał na odtworzenie rzeczywistego przebiegu negocjacji, dokumentowane były jedynie ich wyniki<sup>28</sup>. Nie ma w nich uzasadnień dla wyjściowej propozycji negocjacyjnej NFZ, ani uzasadnienia ostatecznie wynegocjowanych wartości, które znacznie odbiegają od pierwotnych propozycji świadczeniodawcy. W wielu przypadkach wynegocjowana liczba punktów rozliczeniowych była niższa od liczby punktów zgłoszonych w ofercie, w krańcowych sytuacjach nawet o ponad 80%. W protokołach końcowych z negocjacji oprócz wymienienia ostatecznych propozycji oferenta i Funduszu zaznaczano jedynie status pozycji oferty wskazując, że propozycje stron są „zbieżne” lub „rozbieżne”.

Małopolski OW NFZ wprowadził możliwość nagrywania negocjacji, jednakże wielu oferentów nie wyraziło na to zgody. Będące w dyspozycji Oddziału nagrania z negocjacji były jednak niewyraźne i tym samym nieużyteczne do odtworzenia ich rzeczywistego przebiegu.

NIK zauważa, że zmiany „ilościowe” oferty nie były skorelowane ze zmianą potencjału wykonawczego świadczeniodawcy. Dokonując istotnych zmian w zakresie ilości punktów rozliczeniowych OW NFZ nie brały pod uwagę faktu, że najprawdopodobniej wpłynie to na ograniczenie zasobów zaangażowanych po stronie świadczeniodawcy, a więc warunków udzielania świadczeń (potencjał wykonawczy).

Potencjał ten w praktyce może być proporcjonalnie zmniejszany poprzez zgłoszenie na Portalu lub bez takiego zgłoszenia jednostronnie przez świadczeniodawcę po zakończeniu postępowania bez uzgodnienia z Oddziałem. U kontrolowanych świadczeniodawców w przypadku takich zmian nie stwierdzono żadnej reakcji ze strony NFZ.

#### Przykład:

*Ograniczenie czasu pracy poradni okulistyki, w okresie od maja 2011 r. do grudnia 2012 r. z zadeklarowanych 36 godzin tygodniowo (warunek dodatkowo punktowany) do pracy w przedziale od 22 godzin do 34 godzin tygodniowo wynikało z otrzymania kontraktu w wysokości mniejszej niż wnioskowana w ofercie.*

*(świadczeniodawca z terenu działania Dolnośląskiego OW NFZ)*

*Na początku 2011 r. dokonywane były zmiany dostępności różnych poradni w celu dopasowania do zmniejszonej w stosunku do ofert wartości umowy zawartej z Oddziałem (największe zmniejszenie dotyczyło świadczeń w zakresie gruźlicy i chorób płuc, gdzie dostępność poradni zmieniono z 33 do 14 godzin tygodniowo).*

*(świadczeniodawca z terenu działania Świętokrzyskiego OW NFZ)*

*Po wprowadzeniu aneksami zmian harmonogramu czasu pracy lekarzy ortopedów dziecięcych oraz pielęgniarki zatrudnionej w poradni ortopedycznej dla dzieci wymiar czasu pracy lekarza specjalisty zmniejszył się z zadeklarowanego w ofercie przedziału powyżej 75% do 100% włącznie czasu pracy wszystkich lekarzy w poradni i w okresie od stycznia do listopada 2012 r. wahał się od 52,9% do 69,2%. Jak wyjaśnił Dyrektor NZOZ czas pracy lekarzy był adekwatny do liczby punktów ostatecznie przyznanych przez NFZ (wnioskowano o 1800 pkt miesięcznie,*

<sup>28</sup> Zaproszenie do negocjacji (załącznik nr 29 do Procedury), protokół z negocjacji (załącznik nr 30, który komisja konkursowa powinna sporządzać na każdym spotkaniu z oferentem), protokół końcowy z negocjacji (załącznik nr 31 sporządzany w przypadku uzyskania ostatecznych stanowisk w zakresie ceny i liczby świadczeń; propozycja NFZ musi być określona) oraz ranking końcowy (załącznik nr 32).

*otrzymano 1000 pkt). Konsekwencją zmniejszenia liczby punktów było bowiem odstępnie od realizacji świadczeń przez jednego ze specjalistów, który miał zostać zatrudniony w poradni. (świadczeniodawca z terenu działania Wielkopolskiego OW NFZ)*

Stwierdzone w trakcie kontroli warunki prowadzenia negocjacji wskazują, że bardzo często miały one charakter propozycji NFZ bez możliwości ich przedyskutowania, czy też zmiany. Przykładowo w Świętokrzyskim OW NFZ odbywały się one nawet co kilka minut, przy czym polegały na wyrażeniu zgody lub odmowy przyjęcia propozycji NFZ, w Wielkopolskim OW NFZ na jednego członka zespołu negocjacyjnego w AOS przypadało średnio ponad 100 ofert, a w Małopolskim OW NFZ komisje konkursowe w okresie 2 – 3 tygodni przeprowadziły negocjacje dotyczące ponad pięciu tysięcy ofert.

Na podkreślenie zasługuje, że także świadczeniodawcy negatywnie oceniają właśnie ten etap kontraktowania, wskazując, że w toku negocjacji NFZ nie przekazywał zasad kalkulacji propozycji przedstawionej do negocjacji, a odmowa podpisania tej propozycji była równoznaczna z niezawarciem umowy.

*Przyjęliśmy protokół końcowy z negocjacji, w celu kontynuacji świadczenia usług w Regionie, gdyż nasze stanowisko negocjacyjne było zbyt słabe w stosunku do NFZ. W trakcie negocjacji Fundusz nie przedstawił Spółce zasad kalkulacji propozycji przedstawionej do negocjacji, tj. 52 zł i 47 zł. Cena 52 zł za pkt rozliczeniowy została podana przez NFZ w warunkach do kontraktowania na lata 2012 – 2014 jako cena sugerowana za pkt rozliczeniowy.*

*(świadczeniodawca z terenu działania Śląskiego OW NFZ)*

*Proces nazywany przez NFZ negocjacjami ze świadczeniodawcami polega w ciągu ostatnich lat na przedłożeniu świadczeniodawcy przez NFZ projektu planu rzeczowo-finansowego do podpisania. Świadczeniodawca może odmówić jego podpisania, ale jest to równoznaczne z niezawarciem z nim umowy. Plan, o którym mowa, sporządzany jest przez NFZ w oparciu o nadesłane przez świadczeniodawcę w postępowaniu konkursowym materiały co nie znaczy, że uwzględnia zawarte w nich sugestie odnoszące się do cen i ilości.*

*(świadczeniodawca z terenu działania Śląskiego OW NFZ)*

*W trakcie negocjacji Oddział nie przedstawił świadczeniodawcy zasad kalkulacji propozycji NFZ przedstawionych do negocjacji. Spotkanie miało charakter „jednostronny”, tj. albo świadczeniodawca akceptował propozycje Funduszu albo nie i wtedy nie podpisywano kontraktu. Świadczeniodawca zgodził się na obniżenie kontraktu (obniżenie liczby punktów rozliczeniowych z 36 000 do 12 000) ze względu na fakt, że poczynił znaczne inwestycje w celu uzyskania kontraktu i mimo obniżonej liczby jednostek rozliczeniowych zależało mu na jego uzyskaniu.*

*(świadczeniodawca z terenu działania Wielkopolskiego OW NFZ)*

*Podczas negocjacji prowadzonych przez Spółkę członkowie komisji konkursowej NFZ podkreślali, że proponowana liczba punktów rozliczeniowych i cena w poszczególnych rodzajach i zakresach świadczeń jest konsekwencją planu finansowego Oddziału NFZ, zatwierdzonego przez Centralę NFZ i Ministra Zdrowia, który zgodnie z przepisami obowiązującymi dla jednostek finansów publicznych nie może być przekroczony.*

*(świadczeniodawca z terenu działania Małopolskiego OW NFZ)*

*W trakcie negocjacji z Oddziałem dobrowolnie obniżaliśmy cenę za punkt rozliczeniowy w celu uzyskania dodatkowych punktów i tym samym wyższej pozycji w rankingu, co skutkowało mogło większym kontraktem.*

*(świadczeniodawca z terenu działania Podlaskiego OW NFZ)*

*Podczas negocjacji OW NFZ informował świadczeniodawcę, że każda nowa poradnia otrzymuje propozycję zakontraktowania 1000 pkt miesięcznie (12 000 rocznie). Świadczeniodawca zgodził się na obniżenie kontraktu (obniżenie liczby punktów rozliczeniowych z 16 800 do 12 000 w przypadku kardiologii dziecięcej oraz z 21 600 do 12 000 w przypadku ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci) ze względu na fakt, że zależało mu na jego uzyskaniu.  
(świadczeniodawca z terenu działania Wielkopolskiego OW NFZ)*

Świadczeniodawcy przyjmowali propozycje NFZ zgadzając się tym samym niejednokrotnie na obniżoną – względem ich propozycji i wyliczeń – wartość kontraktu. Jako powód wskazywali zaakceptowanie argumentacji NFZ o możliwości podpisania umów z większą liczbą świadczeniodawców i zapewnienia lepszej dostępności usług dla pacjentów lub chęć uzyskania kontraktu z uwagi na poczynione znaczne inwestycje w tym zakresie.

O ostatecznym wyborze decydowało uszeregowanie według tzw. rankingu końcowego, począwszy od oferty najwyżej ocenionej, aż do wyczerpania łącznej liczby planowanych do zakupu świadczeń lub wartości postępowania wyznaczających tzw. linię odcięcia ofert<sup>29</sup>.

Wyniki kontroli pozwalają na stwierdzenie, że obowiązujący proces kontraktowania świadczeń powoduje, że głównym celem świadczeniodawców jest dążenie do zawarcia umowy z NFZ na jakichkolwiek warunkach. Aprobują oni oferowaną przez Oddział propozycję wartości kontraktu (ilość i cena usług), celem wejścia i utrzymania się na rynku usług medycznych, licząc na zwiększenie wartości kontraktu w latach następnych.

W wyniku negocjacji może dojść do zmiany pierwotnej kolejności rankingowej ofert. Wyraźne przesunięcie na czoło rankingu wiąże się najczęściej z zaoferowaniem niższej ceny i skutkuje pokonaniem tych świadczeniodawców, którzy we wstępnym rankingu wygrywali jakością oferty. Skuteczną blokadą przed stosowaniem cen dumpingowych jest jednak nieprzekraczanie progu maksymalnego obniżenia ceny (10%).

#### Przykład:

*W postępowaniu w AOS w zakresie kardiologii, po etapie negocjacji w rankingu końcowym nad „linią odcięcia” znalazło się 3 oferentów, z którymi następnie podpisano umowy. Dwa pierwsze podmioty utrzymały pozycję nr 1 i 2 po etapie negocjacji (zmiana ceny z 8,5 zł do 8,3 zł), natomiast trzeci podmiot zajmował przed negocjacjami przedostatnią 6 pozycję w rankingu i był wśród dwóch najniżej ocenionych za kryteria. W wyniku negocjacji z ceną 8 zł (cena pierwotna z oferty 8,5 zł), jako najniższą ceną w całym postępowaniu, przesunął się na trzecią pozycję w rankingu końcowym.*

*(Małopolski OW NFZ)*

*W postępowaniu w AOS w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu, po etapie negocjacji w rankingu końcowym nad „linią odcięcia” znalazło się 2 oferentów, z którymi następnie podpisano umowy. Drugi oferent w rankingu końcowym zajmował przed negocjacjami ostatnią, czwartą pozycję i był najniżej oceniony za tzw. kryteria niecenowe. W wyniku negocjacji z ceną 7,65 zł (cena pierwotna z oferty 9 zł), jako najniższą w całym postępowaniu, przesunął się*

<sup>29</sup> Czyli wyznaczonej przez dany OW NFZ dla danego postępowania liczby punktów oferty kwalifikujących się do zaproszenia przez komisje konkursową świadczeniodawcy do etapu negocjacji. Wyborowi podlegały oferty mieszczące się w całości w rankingu powyżej tej linii.

na drugą pozycję w rankingu końcowym. Podmiot, który zajmował drugą pozycję w rankingu otwarcia i był drugi za kryteria jakościowe, w wyniku negocjacji utrzymał cenę z oferty 8,5 zł i spadł na czwartą ostatnią pozycję, pod „linią odcięcia”  
(Małopolski OW NFZ).

Uwagi NIK budzi dokonywanie przez Oddziały zmian dotyczących ceny świadczeń w trakcie trwania umów. Kontrola wykazała przypadki, w których NFZ podnosił świadczeniodawcom cenę za punkt rozliczeniowy z własnej inicjatywy, podczas gdy w trakcie negocjacji wygrali oni w danym postępowaniu m.in. poprzez obniżenie ceny. Podniesienie ceny (o maksymalny możliwy poziom 10%) oznaczało niejednokrotnie powrót do ceny proponowanej w ofercie.

Przykład:

Aneksami do umów Małopolski OW NFZ od 2012 r. zwiększył jednostronnie o 0,80 zł cenę za punkt:

- świadczeniodawcy A w AOS: w okulistyce z 8,5 zł do 9,3 zł oraz w ortopedii i traumatologii narządu ruchu z 8,2 zł do 9 zł,
  - świadczeniodawcy B w AOS: w okulistyce z 7,8 zł do 8,6 zł oraz w ortopedii i traumatologii narządu ruchu z 8 zł do 8,8 zł
- oraz o 1 zł świadczeniodawcy C w LSZ w okulistyce z 48,5 zł do 49,5 zł oraz w ortopedii i traumatologii narządu ruchu z 51 zł do 52 zł.

## Odwołania

### UDZIAŁ PREZESA NFZ W POSTĘPOWANIACH

Oferentom, którzy uważali, że ich interes prawny doznał uszczerbku w wyniku naruszenia przez Fundusz zasad przeprowadzania postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przysługiwały: środki odwoławcze, tj. protest na czynności komisji konkursowej, odwołanie od rozstrzygnięcia postępowania do dyrektora właściwego OW NFZ, odwołanie od decyzji dyrektora Oddziału do Prezesa NFZ (do 20 listopada 2013 r.<sup>30</sup>) oraz skarga do sądu administracyjnego.

**Rozpatrywanie odwołań przez Prezesa NFZ było formą nadzoru nad dyrektorami Oddziałów, jednak zdaniem NIK – z uwagi na przewlekłość postępowań odwoławczych nadzór w tej formie nie był wykonywany należycie i nie spełniał swojej funkcji.**

Decyzje w sprawie odwołań często były wydawane po upływie 30-dniowego terminu określonego w art. 154 ust. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, jak również po upływie nowego terminu na załatwienie sprawy, wyznaczonego w trybie art. 36 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego<sup>31</sup>.

W związku z odwołaniami świadczeniodawców od decyzji dyrektorów Oddziałów, Prezes NFZ w latach 2011–2012 rozpatrzył 2 070 spraw (85,6% otrzymanych odwołań) po upływie 30-dniowego ustawowego terminu. Rozstrzygnięcia zapadały od 31 do 379 dni od daty otrzymania odwołania, a w 1 153 sprawach upływie 90 dni.

<sup>30</sup> Patrz przypis nr 10.

<sup>31</sup> Dz.U. z 2013 r. poz. 267.

Zasadniczy wpływ na terminowość rozpatrywania przez Prezesa NFZ odwołań (w ramach postępowania administracyjnego) miała kumulacja prowadzonych postępowań konkursowych. Prezes NFZ wyjaśnił, że przypadki niezakończenia spraw także w nowo wyznaczonym terminie wynikały przede wszystkim ze szczególnie trudnej sytuacji, która miała miejsce w związku z przeprowadzonymi przez Oddziały konkursami na rok 2011 i lata następne oraz złożonymi do organu II instancji w postępowaniu administracyjnym (tj. Prezesa NFZ) odwołaniami w liczbie około 1 300, co skutkowało koniecznością przygotowania podobnie dużej liczby decyzji Prezesa Funduszu.

W ocenie NIK postępowania odwoławcze powinny być prowadzone w możliwie najkrótszym czasie przede wszystkim z uwagi na fakt, że w przypadku uwzględnienia odwołania istniał obowiązek ponownego przeprowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń. Przewlekłość postępowań odwoławczych utrudniała oddziałom sprawne zakończenie procesu kontraktowania świadczeń, ponieważ musiały być przygotowane na ewentualne przeprowadzenie postępowań w trybie rokowań z oferentami, których odwołania zostały uznane przez Prezesa NFZ.

W latach 2009–2011 do kontrolowanych Oddziałów wpłynęło łącznie 2 618 protestów i 4 282 odwołania, z których uwzględniono odpowiednio 10,4% i 0,5%.

Tabela nr 2

Protesty i odwołania zgłoszone przez oferentów w wybranych oddziałach w latach 2009–2011

Oddział	Protesty		Odwołania do dyrektora Oddziału	
	zgłoszone	uwzględnione	zgłoszone	uwzględnione
małopolski	1 703	156	2 194	5
śląski	587	91	914	9
świętokrzyski	34	10	74	2
podlaski	40	1	44	0
wielkopolski	254	14	1 056	5
<b>razem</b>	<b>2 618</b>	<b>272</b>	<b>4 282</b>	<b>21</b>

Źródło: Dane z kontroli NIK

Świadczeniodawcy składający protesty i odwołania zarzucali Funduszowi m.in.:

- prowadzenie licytacji zmierzającej do obniżenia ceny zamiast negocjacji,
- naruszenie zasad prowadzenia postępowania poprzez brak zapewnienia równego traktowania wszystkich świadczeniobiorców ubiegających się o zawarcie umowy i prowadzenie postępowania w sposób nie dający gwarancji zachowania zasad uczciwej konkurencji, na skutek prowadzenia negocjacji z oferentami w różnych terminach, uprzywilejowując tym samym, w zakresie ceny za udzielanie świadczeń oferentów, negocjujących później,
- wybór ofert, które nie zapewniają ciągłości udzielania świadczeń, ich kompleksowości i dostępności, czyli pozbawienie pacjentów, możliwości kontynuacji leczenia w podmiotach, które nie otrzymały kontraktów, możliwości kontynuacji leczenia,

- niepodawanie w trakcie negocjacji informacji o aktualnym miejscu w rankingu zarówno jego oferty jak i miejsca innych oferentów,
- nieprzeprowadzenie ponownych negocjacji mimo, że liczba i wartość świadczeń były niewystarczające do zabezpieczenia funkcjonowania poradni na poziomie niezbędnego minimum,
- naruszenie art. 147 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej poprzez brak precyzji w określeniu kryteriów oceny oferty i warunków wymaganych od świadczeniodawców, utrudnień w prawidłowym złożeniu oferty, polegających na przeprowadzaniu postępowań w okresie świąteczno-noworocznym, dużej ilości aktów określających warunki zawierania umów oraz braku wyjaśnień dotyczących interpretacji przepisów.

W latach 2011–2012 do Centrali NFZ wpłynęło łącznie 2 417 odwołań po rozpatrzeniu, których Prezes Funduszu wydał: 1 658 (68,6%) decyzji utrzymujących w mocy zaskarżoną decyzję dyrektora Oddziału, 238 (9,8%) decyzji uchylających zaskarżoną decyzję i przekazujących sprawę do ponownego rozpatrzenia, 102 (4,2%) decyzje uchylające zaskarżoną decyzję i uwzględniające odwołanie, 107 (4,4%) decyzji o umorzeniu postępowania odwoławczego, a w 92 (3,8%) sprawach stwierdził uchybienie terminu do wniesienia odwołania.

Uwzględniając złożone przez świadczeniodawców odwołania Prezes NFZ uznawał, że m.in.:

- nastąpiło naruszenie art. 134 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, polegające na przeprowadzeniu negocjacji cenowych i ilościowych tylko z wybranymi oferentami, z pominięciem oferentów, których oferty zostały zakwalifikowane do części niejawnej postępowania,
- brak było podstaw prawnych do odrzucenia oferty przez komisję konkursową,
- komisja konkursowa nierzetelnie zbadała złożoną ofertę,
- postępowanie odwoławcze zostało przeprowadzone bez należytego wyjaśnienia ważnych dla sprawy okoliczności.

Przykład:

*Utrzymując w mocy zaskarżone decyzje dyrektora Małopolskiego OW NFZ, Prezes NFZ w uzasadnieniach wskazał m.in., że:*

- *konkurs ofert jest trybem eliminacyjno-konkurencyjnym, co oznacza, że oferty niepodlegające odrzuceniu szeregowane są w ramach tzw. listy rankingowej, od oferty najkorzystniejszej do oferty z najniższą liczbą punktów, a wyboru dokonuje się spośród ofert, które uzyskały określoną liczbę punktów, aż do wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na dany zakres kontraktowanych świadczeń, wskazanych w ogłoszeniu jako wartość zamówienia;*
- *w zakresie podnoszonej przez odwołującego kwestii przerwania ciągłości leczenia pacjentów wobec niezakontrowania z nim świadczeń, „wskazać należy, iż ustawa o świadczeniach nie przewiduje zabezpieczenia świadczeń w każdej lokalizacji kraju. Oczywiście jest, że w przypadku wybrania na drodze konkursu oferenta w konkretnej lokalizacji, zawsze będzie istniała niedogodność lokalizacyjna dla określonej grupy świadczeniobiorców. Jest to sytuacja nieunikniona przy ograniczonej ilości środków publicznych na finansowanie opieki zdrowotnej, a co za tym idzie ograniczonego wyboru oferentów”;*

- zakończenie negocjacji poprzez zajęcie pozycji zbieżnych co do ilości i ceny świadczenia nie stanowi gwarancji wyboru danej oferty – postanowienia końcowe z negocjacji są tylko podstawą do sporządzenia rankingu końcowego, którego wyniki stanowią dopiero podstawę do zawarcia umów o udzielanie świadczeń.

Natomiast uchylając w całości zaskarżone decyzje dyrektora Małopolskiego OW NFZ, Prezes NFZ wskazał m.in.:

- wykazanie w protokole końcowym z negocjacji z 28 grudnia 2010 r. ilości „0” w kolumnach dotyczących propozycji Funduszu wskazuje na brak propozycji ilościowej i cenowej ze strony Funduszu a tym samym brak negocjowania z odwołującym warunków cenowych i ilościowych. Zaproponowanie przez Komisję konkursową wartości „0” przeczy celowi jakiego służy prowadzenie negocjacji, bowiem nie ma przedmiotu negocjacji;
- wyrok NSA z 16 marca 2011 r. potwierdza, że oferentowi w trakcie postępowania o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie przysługuje prawo zapoznania się z ofertami innych uczestników postępowania, co oznacza, że MOW NFZ nie naruszył art. 7, 8, 10 i 77 kodeksu postępowania administracyjnego.

W latach 2010–2012 świadczeniodawcy wnieśli od decyzji Prezesa NFZ w sprawie odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania łącznie 404 skargi do sądów administracyjnych. Na dzień 28 stycznia 2013 r. w 164 (40,6%) postępowaniach prowadzonych na ich podstawie zapadł prawomocny wyrok, z czego w 101 przypadkach skarga nie została przez sąd uwzględniona, w 48 sąd uchylił decyzję Prezesa NFZ, a w dwóch sprawach stwierdził nieważność decyzji Prezesa NFZ.

Elementem nadzoru, o którym mowa w art. 102 ust. 5 pkt. 21 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, sprawowanego przez Prezesa NFZ nad Oddziałami są również kontrole, w ramach których sprawdzana jest prawidłowość i terminowość prowadzonych postępowań konkursowych.

## Kontrole w OW NFZ

Kontrole planowe są prowadzone w celu sprawdzenia prawidłowości stosowania obowiązującej Procedury w zakresie zawierania umów w wybranych rodzajach i zakresach świadczeń, w tym zawierania umów w trybie art. 161b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Kontrole doraźne mają natomiast na celu zweryfikowanie otrzymanych przez Centralę Funduszu informacji o nieprawidłowościach występujących w toku prowadzonych postępowań konkursowych. Kontrole przeprowadzone w latach 2011–2012 w niektórych Oddziałach<sup>32</sup> wykazały poważne błędy formalne i merytoryczne oraz brak dbałości o rzetelność prowadzonych postępowań, polegające m.in. na:

- niesporządzaniu rankingów końcowych po negocjacjach,
- wybraniu do zawarcia umowy (w wyniku ponownych negocjacji) oferentów, którzy po pierwszej turze negocjacji zakończonych protokołami końcowymi zajmowali pozycje pod linią odcięcia,
- stosowaniu tzw. skróconej wersji negocjacji, polegającej wyłącznie na powiadamianiu świadczeniodawców poprzez podanie w Portalu informacji o proponowanej liczbie świadczeń, co stanowi zaprzeczenie istoty negocjacji,

<sup>32</sup> Kontrolą objęto OW NFZ: w Lublinie (1), Łodzi (4), Wrocławiu (2) i Katowicach (1).

- prowadzeniu postępowań w trybie rokowań ze względu na niezabezpieczenie świadczeń zgodnie z planem zakupu, a nie w przypadkach precyzyjnie określonych w art. 144 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej,
- zawarciu w wyniku postępowań dodatkowych umów na okres dłuższy niż rok, tj. niezgodnie z art. 161b ust. 3 pkt 2 ww. ustawy,
- niepodpisaniu przez członków komisji konkursowej oświadczeń o nieistnieniu przesłanek do ich wyłączenia z prac komisji,
- bezpośrednim ingerowaniu dyrektora oddziału w czynności komisji konkursowej, skutkujące nieodrzuconiem oferty w postępowaniu pomimo, że kontrola przeprowadzona u tego oferenta wykazała niezgodność oferty ze stanem faktycznym.

**Przykład:**

*W wystąpieniu pokontrolnym, po kontroli przeprowadzonej w Śląskim OW NFZ w kwietniu 2012 r, Prezes NFZ uzasadniając negatywną ocenę kontrolowanego obszaru wskazał na nielegalne i nierzetelne działania polegające m.in. na: bezpośrednim ingerowaniu dyrektora w czynności komisji konkursowej, skutkującym nieodrzuconiem jednej z ofert (w rodzaju LSZ w zakresie chirurgia onkologiczna – hospitalizacja) i nielegalnym zawarciem umowy na podstawie tej oferty, ponownym prowadzeniu negocjacji z oferentami w postępowaniu w sytuacjach niewynikających z przesłanek określonych w obowiązującej Procedurze oraz nieinformowaniu Prezesa NFZ o zamiarze przeprowadzania postępowań w trybie art. 161b ustawy o świadczeniach zdrowotnych. Na polecenie Prezesa NFZ umowa ze świadczeniodawcą, w stosunku do którego oferty bezpośrednio ingerował dyrektor Oddziału została wypowiedziana ze skutkiem na dzień 31 października 2012 r.*

Efektem stwierdzonych nieprawidłowości były zmiany kadrowe obejmujące również dyrekcję w Łódzkim i Śląskim OW NFZ.

Prezes Funduszu co do zasady, nie kieruje do Oddziałów dodatkowych pism w przypadku naruszenia regulacji, których oddziały zobowiązane są przestrzegać.

Pełniący obowiązki Dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej NFZ poinformował, że z uwagi na nieunormowanie w sposób szczególnie kwestii przeprowadzania obowiązkowej kontroli przed zawarciem umów ze świadczeniodawcami na wyższy, niż podstawowy poziom referencyjny, do wszystkich Oddziałów skierowano pismo informujące o wynikach kontroli Funduszu w wybranych oddziałach oraz przypominające o obowiązku kontroli przed zawarciem umów z ww. świadczeniodawcami.

### **3.3 Dostępność i jakość zakontraktowanych świadczeń**

**Pomimo późnego ogłaszania konkursów, jak i licznych nieprawidłowości w ich przebiegu, Oddziały NFZ zabezpieczyły udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na zaplanowanym poziomie. Zapewniono kontynuację udzielania świadczeń, przy czym ich warunki (miejsce udzielania świadczeń, ich limit, podmiot udzielający świadczeń) ulegały zmianom. Nie uniknięto jednak zakłóceń w ciągłości prowadzonego**

**leczenia w przypadku niezyskania kontraktu przez dotychczasowego świadczeniodawcę. Budziło to niezadowolenie i liczne protesty pacjentów.**

**Mimo przeprowadzenia postępowań o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, we wszystkich kontrolowanych Oddziałach wystąpiły przypadki niezakontraktowania niektórych zakresów świadczeń (tzw. białe plamy); dotyczyło to głównie świadczeń wykonywanych w „wąskich” specjalnościach medycznych.**

**Zaniechanie lub powierzchowne kontrole realizacji warunków, których spełnienie świadczeniodawca deklarował w ofercie, znacznie zwiększało ryzyko wyboru świadczeniodawcy niezapewniającego właściwej jakości i dostępności usług.**

We wszystkich kontrolowanych województwach główne postępowania konkursowe zakończono do 31 grudnia, świadczenia opieki zdrowotnej zostały zakontraktowane i pacjenci mogli korzystać z usług medycznych od stycznia<sup>33</sup>. Oddziały na bieżąco zamieszczały na swoich stronach internetowych wykazy świadczeniodawców, z którymi zawarto umowy.

Z roku na rok wzrastała wartość zawieranych umów oraz liczba zakontraktowanych świadczeń, co powinno wpływać korzystnie na ich dostępność. Liczba świadczeń przypadających na 10 tys. ludności w 2012 r. wzrosła w stosunku do 2010 r.: w AOS od 14,9% do 36,95%, w LSZ od 2,9% do 20,4%.

## Kolejki oczekujących

Ustawowym celem działania NFZ jest zakupienie zaplanowanej pod względem zakresu, jak i wielkości środków, liczby świadczeń medycznych. W obecnie istniejącym systemie zdrowotnym obowiązują wolnorynkowe zasady ubiegania się o kontrakt, więc w konsekwencji każdy, kto spełnia warunki ofertowe może się o niego ubiegać.

Analiza wyników postępowań pokazuje, że w kontrolowanych województwach, po przeprowadzonych konkursach udział nowych świadczeniodawców na rynku usług medycznych kształtował się na poziomie: w rodzaju AOS od 13,2% do 22%, a w rodzaju LSZ od 8,3% do 17,9%. Jednocześnie malała liczba miejsc udzielania świadczeń, co może świadczyć o konsolidacji rynku. Zmniejszenie liczby miejsc udzielania świadczeń jest szczególnie widoczne w rodzaju AOS, gdzie przykładowo w województwie wielkopolskim liczba miejsc udzielania świadczeń po konkursach na rok 2012, zmniejszyła się o ponad 23% w stosunku do stanu na 31 grudnia 2011 r., a w województwie małopolskim po konkursach na rok 2011 zmniejszyła się o ponad 15% w stosunku do stanu na 31 grudnia 2010 r.

Otwarcie rynku usług medycznych powodujące dopuszczenie do niego nowych świadczeniodawców powodowało niejednokrotnie dyskomfort dla pacjentów dotychczas leczących się u świadczeniodawców, którzy nie otrzymali kontraktu.

<sup>33</sup> Z wyjątkiem NiśOZ, w przypadku której konkursy rozpoczęły się w połowie stycznia 2011 r. a umowy zawarto od 1 marca 2011 r.

W wielu przypadkach oznaczało to ponowne tworzenie się kolejek do wizyt u świadczeniodawców, tym razem u nowych podmiotów.

**Przykład:**

*W województwie śląskim w 2010 r. w wyniku postępowań konkursowych zawarto umowy z 527 dotychczasowymi świadczeniodawcami. W przypadku pacjentów wpisanych na listy oczekujących na udzielenie świadczenia u 126 dotychczasowych świadczeniodawców, pacjenci byli zmuszeni do ich zmiany. I tak, w AOS w zakresach: okulistyka (od 2 484 do 526 osób), ortopedia i traumatologia narządu ruchu (613 i 501 osób), reumatologia (520 osób), okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia (516 i 402 osoby) oraz chirurgia ogólna (500 i 459 osób).*

Nie zaobserwowano wyraźnego trendu zwyżkowego bądź spadkowego w zakresie liczby pacjentów oczekujących na wizytę w poradni specjalistycznej. Przykładowo, liczba osób oczekujących na poradę w poradni kardiologicznej (przypadki stabilne) w 2012 r. w stosunku do grudnia 2011 r. wzrosła w województwie podlaskim o 46%, a w pozostałych badanych województwach zmalała od 1% do 19,3%.

Tabela nr 3

Czas oczekiwania na poradę w poradni okulistycznej oraz kardiologicznej (w dniach)

Oddział	Poradnia okulistyczna		Poradnia kardiologiczna	
	XII 2011	XII 2012	XII 2011	XII 2012
dolnośląski	19,5	49,5	46,5	49,5
podlaski	50,0	52,0	97,0	68,0
śląski	40,0	47,0	78,0	98,0
świętokrzyski	0,0	16,0	15,0	62,0
wielkopolski	36,0	35,0	51,0	63,0

Źródło: Dane z kontroli NIK

Wielu z kontrolowanych świadczeniodawców, jako przyczynę powstawania kolejek oczekujących wskazało wzrost liczby skierowanych pacjentów, specyfikę wykonywanych badań/zabiegów oraz miesięczne limity udzielanych świadczeń określone przez NFZ (w tzw. planie rzeczowo-finansowym stanowiącym załącznik do kontraktu).

*Czas oczekiwania na udzielenie świadczeń w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna wydłużył się z powodu wzrostu ilości świadczeniobiorców, którzy zapisali się po raz pierwszy i kolejny na świadczenia w tym zakresie. Powodem wzrostu czasu oczekiwania jest także specyfika i zwiększanie ilości zlecanych przez lekarzy zabiegów. Zabiegi częściej zlecane, np. masaż, magnetronik, terapia indywidualna, a jednocześnie mające swoje ograniczenia ludzkie i sprzętowe, powodują że czas oczekiwania na wszystkie zabiegi automatycznie się wydłuża.*

*(świadczeniodawca z terenu działania Podlaskiego OW NFZ)*

*O ile w styczniu i w lutym 2013 roku pacjenci byli przyjmowani na bieżąco, to w marcu doszła taka liczba pacjentów, że utworzyła się 3-miesięczna kolejka oczekujących.*

*(świadczeniodawca z terenu działania Podlaskiego OW NFZ)*

*Pacjenci przyjmowani są w ramach miesięcznych limitów określonych przez NFZ. W sytuacji kiedy zbliżamy się do realizacji miesięcznego kontraktu – pacjenci zapisywani są na kolejne miesiące. Np. w zakresie okulistyka B12, B13, B15 (zaćma) z uwagi na znacznie obniżony kontrakt od wnioskowanego przez nas, pacjenci zapisywani są w tzw. kolejkach oczekujących (wg stanu na luty 2013 r.) na wrzesień 2014 r. Przy wnioskowanej wartości kontraktu i posiadanych zasobach personalnych i sprzętowych pacjenci ci mogliby być operowani niemalże na bieżąco. Pacjenci wpisywani na listę oczekujących na udzielenie świadczenia w zakresie okulistyka B12, B13, B15 w lipcu 2012 r. oczekiwali na wykonanie zabiegu ok. 7–8 miesięcy, natomiast przewidywany okres oczekiwania na wykonanie zabiegu zaćmy pacjentów wpisanych na listę oczekujących wynosi ok. 18–19 miesięcy. (świadczeniodawca z terenu działania Śląskiego OW NFZ)*

### Konkursy uzupełniające

NIK zwraca uwagę na wydłużający się czas oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej, zwłaszcza w przypadku świadczeń z zakresu kardiologii, okulistyki oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu.

**Zdaniem NIK w sytuacji, w której na dany obszar nie zakontraktowano takiej ilości świadczeń jaka została zaplanowana, właściwym sposobem na „dokontraktowanie” brakujących usług jest przeprowadzenie postępowania, z zastosowaniem art. 161b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, w trybie: konkursu ofert lub rokowań (jeżeli zachodzą przesłanki wymienione enumeratywnie w art. 144 cyt. ustawy).**

W Oddziałach, w których po zakończeniu konkursów głównych nie zakontraktowano zaplanowanej liczby i wartości świadczeń ogłaszano postępowania uzupełniające. „Dopełnianie” niezakontraktowanych obszarów i zakresów odbywało się w oparciu: o art. 161b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, konkursy ofert w trybie art. 139 ust. 1 pkt 1 tej ustawy lub w trybie rokowań. Tryb wskazany w art. 161b ww. ustawy dotyczy sytuacji, gdy w wyniku przeprowadzonych postępowań konkursowych zostaną zawarte na rok następny umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej powodujące zmniejszenie dostępu do tych świadczeń w danym zakresie. Zdaniem NIK, zastosowanie tego trybu nie wyklucza udziału w takim postępowaniu świadczeniodawców spełniających wszystkie warunki i w konsekwencji zawarcia z nimi umowy na okres dłuższy niż rok, bez obniżenia wartości punktu rozliczeniowego. Tryb wynikający z art. 161b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej daje możliwość udziału w postępowaniu konkursowym świadczeniodawcom, którzy nie spełniają warunku dotyczącego personelu lub wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną oraz wskazuje na ograniczenia, które należy zastosować w przypadku zawarcia z nimi umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (zawarcie umowy na okres krótszy niż rok i zastosowanie obniżonej wyceny punktu rozliczeniowego).

Wyniki kontroli wskazują, że nie wszyscy dyrektorzy Oddziałów korzystają z tego trybu. W Małopolskim i Podlaskim OW NFZ z wykorzystaniem art. 161b nie zawarto ani jednej umowy, w Śląskim OW NFZ zaledwie jedną. Na ponad 2 400 postępowań przeprowadzonych po konkursach głównych tylko 118 umów zostało zawartych w tym trybie.

**Przykład:**

*W Małopolskim OW NFZ powołując się na art. 144 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (zachodzi pilna potrzeba zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, której wcześniej nie można było przewidzieć) ogłoszono 82 postępowania w trybie rokowań na kwotę 9 mln zł oraz 133 postępowania w trybie otwartego konkursu ofert na kwotę 6 mln zł. W trybie rokowań zakontraktowano poradnie przyszpitalne, które niejednokrotnie w konkursach głównych przegrywały w kryteriach niecenowych z pozostałymi podmiotami. Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że zakontraktowanie poradni specjalistycznych przy jednoimiennych oddziałach szpitalnych było konieczne w celu zapewnienia ciągłości leczenia pacjentom hospitalizowanym – w formie konsultacji przedszpitalnych (kwalifikujących do hospitalizacji) oraz konsultacji poszpitalnych (kontrolnych). Sytuacja, w której pacjent leczony bezpłatnie w oddziale szpitalnym musiałby „przedtem” lub „potem” opłacać wizyty związane przyczynowo z tym leczeniem oznaczałaby fikcję bezpłatności leczenia. Poradnie przyszpitalne były jedynymi, które ze względu na swoje usytuowanie mogły realizować ten typ świadczeń.*

*W Śląskim OW NFZ w 2011 r. postępowania uzupełniające/dodatkowe w rodzaju AOS w zakresie onkologii na obszarze Będzin, onkologii oraz endokrynologii na obszarze Sosnowiec ogłoszono na podstawie wniosków świadczeniodawców, którzy brali udział w postępowaniach głównych, a ich oferty nie zostały wybrane z uwagi na niską punktację uzyskaną w procesie oceny i tym samym odległą pozycję w rankingu końcowym postępowania<sup>34</sup>.*

**„Białe plamy”**

Pomimo, że kontraktowanie było następstwem ustalenia planu finansowego oraz planu zakupu świadczeń zdrowotnych, które to plany obejmowały wszystkie zakresy świadczeń, to jednak nie we wszystkich zakresach udało się doprowadzić do ich zakontraktowania („białe plamy”). W szczególności dotyczyło to zakresów świadczeń dla „specyficznych” grup pacjentów, przykładowo: protetyka stomatologiczna dla pacjentów po chirurgicznym leczeniu nowotworów w obrębie twarzoczaszki (Podlaski OW NFZ), w rodzaju AOS choroby zakaźne dla dzieci, leczenie stomatologiczne dla świadczeniobiorców z grup wysokiego ryzyka chorób zakaźnych w tym chorych na AIDS (Śląski OW NFZ). Świadczenia w tych zakresach pozostały niezabezpieczone z powodu niezłożenia ofert przez potencjalnych świadczeniodawców lub wycofania się dotychczasowych świadczeniodawców.

Inna sytuacja wystąpiła w Wielkopolskim OW NFZ, który po zidentyfikowaniu potrzeb zdrowotnych w województwie oraz na podstawie informacji od świadczeniodawców o możliwościach realizacji kontraktu, ustalił, że brak jest podmiotów chętnych do realizacji usług w niektórych zakresach, a potrzeby zdrowotne świadczeniobiorców są bardzo małe. Skutkowało to niezplanowaniem zabezpieczenia w planach zakupu na lata 2011–2013 świadczeń w zakresach:

- immunologia (AOS),
- diabetologia – hospitalizacja planowa,
- angiologia – hospitalizacja, audiologia i foniatria – hospitalizacja oraz ortopedia i traumatologia narządu ruchu dziecięca – hospitalizacja,
- audiologia i foniatria dla dzieci – hospitalizacja,
- onkologia kliniczna – hospitalizacja planowa.

<sup>34</sup> Wystąpienie pokontrolne do Dyrektora Śląskiego OW NFZ z 6 lipca 2012 r. (LKA-4101-04-01/2012/P/12/121).

## NiŚOZ

**W ocenie NIK przy kontraktowaniu nowego zakresu świadczeń w POZ – NiŚOZ nie zagwarantowano efektywnego wydatkowania środków w tym zakresie. Ponadto, kontrola w Małopolskim OW NFZ wykazała, że nie zapewniono równomiernej dostępności na wyznaczonych przez Oddział obszarach zabezpieczenia.**

Kontrola NIK wykazała brak zależności pomiędzy populacją obsługiwaną ludności w danej kategorii obszaru zabezpieczenia, a stawką ryczałtu miesięcznego zawartą w umowie. Utworzone przez Oddziały obszary nie były równomiernie zagęszczone (przykładowo w kategorii obszarów do 50 tys. osób, wystąpiły obszary które liczyły po 22,4 tys. i po 44,8 tys. osób)<sup>35</sup>. Na etapie postępowania konkursowego w sytuacji, gdy na dany obszar została złożona jedna oferta niepodlegająca odrzuceniu, komisja konkursowa przyjmowała ją w całości z ceną opiewającą na „pełną” kwotę ryczałtu. Natomiast w przypadku, gdy było więcej oferentów – przeprowadzała negocjacje. W efekcie takiego działania doprowadziło to do sytuacji, w której w ramach danej kategorii zabezpieczenia obszary o większej populacji obsługiwali świadczeniodawcy za stawki niższe od kwoty „pełnego” ryczałtu, a obszary o mniej licznej populacji po stawce „pełnego” ryczałtu.

Tabela nr 4

W 2011 r. w poszczególnych kategoriach obszarów zabezpieczenia na terenie danych OW NFZ obowiązywały różne stawki ryczałtu miesięcznego

Oddział	Obszar zabezpieczenia			
	do 50 tys. osób	do 100 tys. osób	do 150 tys. osób	powyżej 150 tys. osób
dolnośląski	56 tys. zł	106,4 tys. zł	158,8 tys. zł	201,2 tys. zł
małopolski	56 tys. zł	106,4 tys. zł	158,8 tys. zł	nie utworzono
podlaski	50 i 54 tys. zł	105 tys. zł	160 tys. zł	nie utworzono
śląski	56 tys. zł	*	*	*
świętokrzyski	56 tys. zł	104 tys. zł	152 tys. zł	nie utworzono
wielkopolski	60 tys. zł	123,22 tys. zł	181,58 tys. zł	232,99 tys. zł

\* stosowano stawki dobowe

Źródło: Dane z kontroli NIK

Jedynie Podlaski i Śląski OW NFZ dodatkowo zróżnicowały stawki w ramach ryczałtu miesięcznego:

- w obszarze do 50 tys. osób zróżnicowano stawkę ryczałtu: do 40 tys. osób wyznaczając ją na poziomie 50 tys. zł oraz powyżej 40 tys. osób – 53 tys. zł (Podlaski OW NFZ),
- jako podstawę dla populacji do 50 tys. osób przyjęto wartość zaproponowaną przez Prezesa NFZ, tj. stawkę bazową ryczałtu miesięcznego

<sup>35</sup> Wysokość ryczałtu wynika z planu finansowego na dany rok i jest następstwem podzielenia puli środków wydzielonych z POZ na NiŚOZ przez liczbę „zespołów dyżurujących” (pielęgniarka i lekarza) niezbędnych do zabezpieczenia świadczeń w tym zakresie na terenie objętym działaniem danego Oddziału.

w wysokości 56 tys. zł<sup>36</sup>. W przypadku trzech obszarów o populacji poniżej 40 tys. osób obniżono stawkę bazową do wysokości 1 633 zł (jako ryczałt dobowy). Konkurs na udzielanie świadczeń w ramach NiŚOZ ogłoszono z dokładnością do ceny ryczałtu dobowego, a w czerwcu 2011 r. zawarte umowy zostały aneksowane z dokładnością do ceny za ryczałt miesięczny (Śląski OW NFZ).

W pozostałych Oddziałach nie zróżnicowano stawki bazowej, mimo, że w wielu obszarach różnica między faktyczną liczbą mieszkańców a górną (w przypadku obszarów do 50, 100 i 150 tys. osób) lub dolną (w przypadku obszaru pow.150 tys. osób) granicą tego wskaźnika wynosiła od 20 do nawet 40% (Dolnośląski i Wielkopolski OW NFZ). Świadczy to o niejednorodności postępowania Oddziałów w zakresie wyboru obszarów i obowiązujących stawek ryczałtów (miesięcznych).

**Zdaniem NIK wskaźnik wielkości populacji, który należało uwzględnić przy tworzeniu obszarów kontraktowania zgodnie z zarządzeniem Nr 85/2010/DSOZ Prezesa NFZ, okazał się niewystarczający.**

Przyjęte przez Oddziały obszary kontraktowania<sup>37</sup> niejednokrotnie powodowały dysproporcje w rozlokowaniu liczby i odległości między miejscami udzielania świadczeń, co skutkowało łatwiejszą dostępnością w obszarach bardziej zurbanizowanych (np. w aglomeracjach miejskich) oraz większą koncentracją miejsc udzielania świadczeń, a w konsekwencji mniejszymi odległościami przejazdu dla pacjenta (Małopolski OW NFZ).

Przykład:

*W województwie małopolskim na cały powiat gorlicki (966 km<sup>2</sup>) zakontraktowano jedno miejsce udzielania świadczeń z siedzibą w Gorlicach. Oznacza to, że jedynie mieszkańcy Gorlic mają łatwy dostęp do NiŚOZ. A dla pozostałych mieszkańców powiatu, zwłaszcza z terenów górskich, dostęp ten jest utrudniony przede wszystkim ze względu na stan infrastruktury drogowej oraz odległość.*

Zdaniem NIK, określając obszary kontraktowania NiŚOZ należy uwzględnić rzeczywistą dostępność pacjenta do świadczeniodawcy, w szczególności sieć dróg i połączeń komunikacyjnych, co ma istotne znaczenie na terenach wiejskich i górskich.

Dyrektor Małopolskiego OW NFZ poinformowała<sup>38</sup> o planie zróżnicowania stawek w ramach tej samej kategorii (wielkości populacji) obszarów, odpowiednio do wielkości faktycznej populacji danego obszaru kontraktowania. Ostateczna decyzja zostanie podjęta po uzyskaniu opinii Centrali Funduszu.

<sup>36</sup> Założono, że koszt zatrudnienia dodatkowego zespołu dyżurującego będzie wynosił 33 tys. zł. W sytuacji, gdy liczba populacji była większa od 50 tys. osób, ale nie było kolejnych „pełnych” 50 tys. świadczeniobiorców, do stawki podstawowej dodawano odpowiednio przeliczoną wartość 33 tys. zł. Na terenach wiejskich zwiększono stawkę bazową o współczynnik 1,15 lub 1,2 (zależnie od rozległości obszaru) lub o współczynnik 1,4 na terenie górskim.

<sup>37</sup> Np. grupy osiedli, dzielnice, gminy, grupy gmin, powiaty, grupy powiatów, województwo.

<sup>38</sup> Pismo z 14 stycznia 2014 r. znak: MOW NFZ WSOZ I/III-075-1-14/KMd.

### 4.1 Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli

Czynności kontrolne w jednostkach przeprowadzono w okresie od grudnia 2012 r. do sierpnia 2013 r. Ustalenia kontroli stanowiły podstawę do sformułowania w wystąpieniach pokontrolnych – przekazanych kierownikom skontrolowanych jednostek – ocen, uwag i wniosków. Wykaz jednostek objętych kontrolą i sformułowanych ocen przedstawiono w Załączniku nr 1 do Informacji.

Zastrzeżenia złożyli: Prezes NFZ, dyrektorzy Oddziałów: Śląskiego i Świętokrzyskiego oraz kierownik jednego ze świadczeniodawców z terenu województwa dolnośląskiego.

Komisja Rozstrzygająca NIK uwzględniła zastrzeżenia złożone przez Prezesa NFZ w zakresie oceny ogólnej, zmieniając ocenę opisową na ocenę pozytywną mimo stwierdzonych nieprawidłowości, odnosząc ocenę pozytywną do *terminowego i należytego wywiązania się z obowiązku stworzenia prawnych i organizacyjno-technicznych warunków kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w wybranych rodzajach i zakresach świadczeń prowadzonych w oddziałach w 2010–2011 r. dzięki czemu oddziały wojewódzkie Funduszu zawarły umowy na większość planowanych świadczeń opieki zdrowotnej*. Ponadto uwzględnione zostały uwagi dotyczące: rozpatrywania przez Prezesa Funduszu wniosków dyrektorów Oddziałów w sprawie przedłużenia okresu obowiązywania zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zasadności ściślejszej współpracy Centrali Funduszu z Ministerstwem Zdrowia przy opracowywaniu aktów prawnych mających wpływ na kontraktowanie świadczeń, oceny zmian oprogramowania informatycznego wspomagającego prowadzenie postępowań konkursowych i ocenę ofert oraz dotyczące stosowania przez Oddziały zasad prowadzenia negocjacji (razem 6 zastrzeżeń). Pozostałe trzy zastrzeżenia zostały oddalone.

Zastrzeżenia złożone przez dyrektorów OW NFZ dotyczyły odpowiednio oceny ogólnej i oceny częściowej etapu negocjacji oraz stwierdzenia nieprawidłowości, polegającej na nieudokumentowaniu sposobu wyliczenia propozycji oddziału dla poszczególnych oferentów, zarówno dla wyjściowej liczby jak i ceny świadczeń. Kierownik podmiotu leczniczego złożył zastrzeżenia, co do ustaleń w zakresie niezgodności złożonej oferty z wymogami oraz nieprzestrzegania warunków określonych w umowie z NFZ dotyczących czasu pracy wszystkich poradni. Ww. zastrzeżenia – poza jednym, o charakterze technicznym, polegającym na zmianie tytułu jednego z punktów wystąpienia i zmianie numeru podpunktu – zostały oddalone uchwałami Komisji Rozstrzygającej NIK.

### 4.2 Wnioski pokontrolne i ich realizacja

W wystąpieniach pokontrolnych Najwyższa Izba Kontroli wniosła m.in.<sup>39</sup>:

Do Ministra Zdrowia o:

- zapewnienie ścisłej współpracy pomiędzy służbami Ministra Zdrowia i Centrali NFZ przy tworzeniu aktów prawa oddziałujących na proces kontraktowania świadczeń zdrowotnych.

Do Prezesa NFZ o:

- podjęcie działań zmierzających do uzyskania aktualnej wiedzy na temat kalkulacji kosztów kontraktowanych świadczeń,

<sup>39</sup> Szczegółowe zestawienie wniosków pokontrolnych przedstawiono w Załączniku nr 5.2. do Informacji.

- podjęcie działań zmierzających do skrócenia czasu prowadzenia postępowań w sprawie odwołań od decyzji dyrektorów Oddziałów, skierowanych do Prezesa NFZ, w związku z przeprowadzonymi postępowaniami konkursowymi/rokowaniami.

Do dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ o:

- rzetelne weryfikowanie ofert w postępowaniach konkursowych w zakresie deklarowania przez oferentów spełniania wymaganych warunków,
- dokumentowanie przebiegu negocjacji z oferentami w sposób pozwalający na odtworzenie ich rzeczywistego przebiegu.

Do kierujących podmiotami leczniczymi (świadczeniodawców) o:

- wykonywanie badań na sprzęcie medycznym posiadającym aktualne badania techniczne,
- bieżące informowanie oddziału wojewódzkiego NFZ o zmianach w potencjale wykonawczym, w tym w zakresie harmonogramów pracy personelu,
- zapewnienie dostępności do świadczeń w czasie pracy i w miejscu zadeklarowanych w ofercie konkursowej.

Prezes NFZ, dyrektorzy OW NFZ oraz świadczeniodawcy poinformowali Najwyższą Izbę Kontroli o podjętych działaniach związanych z realizacją wniosków pokontrolnych.

#### **4.3** Finansowe rezultaty kontroli

Na finansowe rezultaty kontroli złożyły się finansowe lub sprawozdawcze skutki nieprawidłowości, na kwotę ogółem 10 821,4 tys. zł. Kwota ta obejmowała:

- kwotę wydatkowaną z naruszeniem prawa – 1 161,4 tys. zł,
- kwotę wydatkowaną z naruszeniem zasad należytego zarządzania finansami – 9 660 tys. zł.

## 5.1. Wykaz skontrolowanych jednostek

Lp.	Nazwa skontrolowanej jednostki	Kierownik jednostki
1.	Ministerstwo Zdrowia	Ewa Kopacz – Minister Zdrowia (od 16 listopada 2007 r. do 7 listopada 2011 r.) Bartosz Arłukowicz – Minister Zdrowia (od 18 listopada 2013 r.)
2.	Centrala NFZ	Jacek Paszkiewicz – Prezes NFZ (od 3 grudnia 2007 r. do 4 czerwca 2012 r.) Agnieszka Pachciarz – Prezes NFZ (od 28 czerwca 2012 r. do 19 grudnia 2013 r.)
3.	Dolnośląski Oddział Wojewódzki NFZ we Wrocławiu	Wioletta Niemiec – Dyrektor (od 23 lipca 2009 r.)
4.	Łódzki Oddział Wojewódzki NFZ w Łodzi (I/12/001/LLO)	Jan Wojciech Bieńkiewicz – Dyrektor (od 15 listopada 2010 r.)
5.	Małopolski Oddział Wojewódzki NFZ w Krakowie (R/12/007/LKR)	Barbara Bulanowska – Dyrektor (od 23 lipca 2009 r.)
6.	Podlaski Oddział Wojewódzki NFZ w Białymstoku	Jacek Roleder – Dyrektor (od 23 listopada 2006 r.)
7.	Śląski Oddział Wojewódzki NFZ w Katowicach	Zygmunt Klosa – Dyrektor (od 1 stycznia 2009 r. do 17 lipca 2012 r.) Grzegorz Nowak – Dyrektor (od 24 września 2012 r.)
8.	Świętokrzyski Oddział Wojewódzki NFZ w Kielcach	Zofia Wilczyńska – Dyrektor (od 1 grudnia 2006 r.)
9.	Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ w Poznaniu	Karol Chojnacki – Dyrektor (od 24 października 2011 r.)
10.	„EMC” Instytut Medyczny S.A. we Wrocławiu, placówka udzielająca świadczeń: „EUROMEDICARE” Szpital Specjalistyczny z Przychodnią we Wrocławiu	Piotr Gerber – Prezes Zarządu
11.	Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu	Halina Kufel – Dyrektor
12.	NZOZ „Przychodnia Kosmonautów” Sp. z o.o. we Wrocławiu	Iwona Mielczarek-Kawałko – Prezes Zarządu
13.	Karkonoskie Centrum Medyczne „Clinic” S.A. w Jeleniej Górze	Monika Mikulicz-Pasler – Prezes Zarządu
14.	„SCANMED” S.A. w Krakowie	Joanna Szyman – Prezes Zarządu
15.	Szpital Powiatowy w Bochni	Jarosław Kycia – Dyrektor
16.	Centrum Medycyny Profilaktycznej Sp. z o.o. w Krakowie	Lidia Dwojak – Prezes Zarządu
17.	Miejsko-Gminne Centrum Medyczne „WOL-MED” Sp. z o.o. w Wolbromiu	Maria Kulka-Rybczyńska – Prezes Zarządu
18.	Centrum Medyczne „MED-ALL” w Krakowie (R/12/007/LKR)	Krystyna Targosz – Dyrektor Medyczny
19.	NZOZ „SANA-MED” Sp. z o.o. w Krakowie (R/12/007/LKR)	Teresa Wróblewska-Górczak – Prezes Zarządu
20.	NZOZ „MASTERMED” w Białymstoku	Jolanta Zdrodowska i Wiesław Kurzątkowski – partnerzy Spółki
21.	NZOZ Ośrodek Okulistyczny „Tęczówka” Iwona Witecka-Nalewajek w Białymstoku	Iwona Witecka-Nalewajek – Dyrektor

Lp.	Nazwa skontrolowanej jednostki	Kierownik jednostki
22.	NZOZ Centrum Medyczne „Hansa” w Białymstoku	Wojciech Czubek, Stefan Stankiewicz – wspólnicy Spółki
23.	„ORTOTRAUMA” Sp. z o.o. w ramach działalności wykonywanej przez NZOZ „ALFA” Centrum Ortopedii i Traumatologii w Białymstoku	Rafał Skowroński – Prezes Zarządu
24.	„Osteo-Medic” s.c. w Białymstoku	Artur Racewicz, Jerzy Supronik – wspólnicy Spółki
25.	NZOZ Zakład Fizykoterapii i Rehabilitacji Leczniczej w Białymstoku	Krzysztof Szarejko – właściciel
26.	Przedsiębiorstwo Świadczeń Zdrowotnych i Promocji Zdrowia „Elvita” – Jaworzno III Sp. z o.o.	Krzysztof Lehnort – Prezes Zarządu
27.	Ośrodek Diagnostyki i Leczenia Chorób Kobięcych oraz Schorzeń Sutka „TOMMED” w Katowicach	Tomasz Bula – Dyrektor
28.	„Esculap” s.c. Oddział Chirurgii Małoinwazyjnej Dariusz Tomsia, Ryszard Antkowiak w Wieprzu	Dariusz Tomsia, Ryszard Antkowiak – wspólnicy Spółki
29.	NZOZ „Biel-Med” Sp. z o.o. Szpital pod Bukami Bielsko-Biała	Marek Wróbel – Prezes Zarządu
30.	NZOZ Szpital Specjalistyczny im. Władysława Biegańskiego w Jędrzejowie	Jarosław Wójcicki – Dyrektor
31.	Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej w Starachowicach	Iwona Makowska – p.o. Dyrektora Naczelnego
32.	Centrum Medyczne „Zagnańska” NZOZ w Kielcach	Wojciech Armański – Prezes Zarządu
33.	NZOZ „Partner” Sp. z o.o. w Kielcach	Ewa Pruszkowska – Prezes Zarządu
34.	Kaźmierska Alicja – NZOZ Przychodnia Lekarza Rodzinnego „ALTERIDA” Poznaniu	Alicja Kaźmierska
35.	NZOZ Leszczyńskie Centrum Medyczne „Ventriculus” Sp. z o.o. w Lesznie	Ryszard Baranowski – Prezes Zarządu
36.	Jarosław Stanek Wielkopolskie Centra Medyczne „Remedium” w Poznaniu	Jarosław Stanek
37.	Szpital w Śremie Sp. z o.o.	Michał Sobolewski – Prezes Zarządu

## 5.2. Zestawienie wniosków pokontrolnych

Lp.	Nazwa skontrolowanej jednostki	Wnioski pokontrolne
1.	Ministerstwo Zdrowia	Zapewnienie ścisłej współpracy pomiędzy służbami Ministra Zdrowia i Centrali NFZ przy tworzeniu aktów prawa oddziaływujących na proces kontraktowania świadczeń zdrowotnych.
2.	Centrala NFZ	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Podjęcie działań zmierzających do uzyskania aktualnej wiedzy na temat kalkulacji kosztów kontraktowanych świadczeń.</li> <li>2. Podjęcie działań zmierzających do skrócenia czasu prowadzenia postępowań w sprawie odwołań od decyzji dyrektorów oddziałów, skierowanych do Prezesa NFZ, w związku z przeprowadzonymi postępowaniami konkursowymi/rokowaniami.</li> </ol>
3.	Dolnośląski Oddział Wojewódzki NFZ we Wrocławiu	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pełną weryfikację warunków zgłoszonych w ofertach konkursowych, w tym w zakresie spełniania wymogów uznanych warunkowo na etapie podpisywania umów o świadczenia.</li> <li>2. Każdorazowe powoływanie zespołów negocjacyjnych w przypadku prowadzenia negocjacji z oferentami.</li> <li>3. Zapewnienie składania przez członków komisji konkursowych oświadczeń o nieistnieniu przesłanek do ich wyłączenia z postępowań.</li> <li>4. Przeprowadzanie w trakcie postępowań konkursowych wymaganych kontroli u oferentów, którzy nie posiadali wcześniej umowy na świadczenie usług ujętych w ofercie.</li> <li>5. Każdorazową weryfikację zgodności informacji zawartych w formularzach i ankietach ofertowych.</li> <li>6. Zamieszczanie na stronie internetowej Oddziału materiałów z przeprowadzonych szkoleń dla świadczeniodawców.</li> <li>7. Rozważenie zasadności dokumentowania celem zapewnienia pełnej przejrzystości postępowań konkursowych: (1) czynności otwierania ofert, w tym ilości oferentów uczestniczących w tej czynności i potwierdzenia, że przewodniczący komisji przedstawił jej członków oferentom oraz potwierdził umocowanie komisji do prowadzenia postępowania, (2) wykazu oferentów posiadających wcześniej umowy w zakresach, na który zostały złożone oferty, (3) rankingu otwarcia, (4) analizy oferowanej liczby i ceny świadczeń w kontekście potencjału oferenta i wymagań jakościowych, (5) weryfikacji protestów pod kątem spełniania warunków przewidzianych w pkt 5.2 Procedury, (6) przebiegu negocjacji, w szczególności propozycji wejściowych DOW NFZ.</li> </ol>
4.	Łódzki Oddział Wojewódzki NFZ w Łodzi (I/12/001)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Podjęcie stosownych decyzji wobec podmiotów, z którymi zawarto umowy, pomimo, że w ofertach podały dane nieprawdziwe lub niezgodne ze stanem faktycznym.</li> <li>2. Poinformowanie o stopniu realizacji – zapowiedzianych w piśmie do Prezesa NFZ z 8 listopada 2011 r. – postępowań kontrolnych, z którymi ŁOW NFZ po raz pierwszy zawarł umowy oraz o wynikach i skutkach tych kontroli.</li> <li>3. Wzmocnienie nadzoru nad pracami komisji konkursowych, w szczególności w celu zapewnienia rzetelnej weryfikacji ofert oraz składanych przez członków komisji oświadczeń – określonych w § 5 ust.2 i 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r.</li> <li>4. Zainicjowanie działań organizacyjnych zmierzających do takiego rozpisywania konkursów na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, aby uniknąć sytuacji, w której kontrakty będą się kończyć w tym samym czasie we wszystkich rodzajach i zakresach świadczeń.</li> </ol>
5.	Małopolski Oddział Wojewódzki NFZ w Krakowie (R/12/007/LKR)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dokumentowanie negocjacji w sposób umożliwiający odtworzenie ich pełnego przebiegu.</li> <li>2. Zweryfikowanie obszarów kontraktowania w zakresie NiSOZ oraz zasad rozliczania tych świadczeń.</li> </ol>

Lp.	Nazwa skontrolowanej jednostki	Wnioski pokontrolne
6.	Podlaski Oddział Wojewódzki NFZ w Białymstoku	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zgodnie z przepisami prowadzenie postępowań o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz rzetelne dokumentowanie przebiegu negocjacji z oferentami.</li> <li>2. Prowadzenie kontroli u wszystkich nowych oferentów, którzy wcześniej nie mieli zawartej umowy o udzielanie świadczeń w zakresie, na który oferta została złożona.</li> <li>3. Dokumentowanie przebiegu negocjacji w sposób pozwalający na odtworzenie ich rzeczywistego przebiegu.</li> <li>4. Rozważenie możliwości wprowadzenia do postępowań konkursowych zasady ich kontynuowania do wyczerpania pełnej puli środków zakładanych w planie zakupu.</li> <li>5. Sprawdzanie, podczas kontroli świadczeniodawców, dokumentacji dopuszczającej do użytkowania urządzenia medyczne.</li> </ol>
7.	Śląski Oddział Wojewódzki NFZ w Katowicach	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Prowadzenie postępowań zmierzających do zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w sposób gwarantujący uczciwą konkurencję i zachowanie zasady równego traktowania oferentów.</li> <li>2. Podjęcie działań w celu ograniczenia ryzyka nierzetelnej oceny ofert, poprzez m.in. wykorzystanie dostępnych narzędzi kontrolnych.</li> <li>3. Zapewnienie transparentności postępowania przy formułowaniu propozycji finansowych kierowanych do poszczególnych oferentów.</li> <li>4. Zapewnienie prawidłowego dokumentowania negocjacji prowadzonych z oferentami.</li> </ol>
8.	Świętokrzyski Oddział Wojewódzki NFZ w Kielcach	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Podjęcie działań w celu wyeliminowania nieprawidłowości podczas ogłaszania postępowań konkursowych, w tym błędnie wprowadzanych kwot do systemu KS-SIKCH.</li> <li>2. Rzetelne weryfikowanie ofert w postępowaniach konkursowych w zakresie deklarowania przez oferentów negatywnych wyników kontroli Oddziału.</li> <li>3. Rozważenie dokumentowania weryfikacji merytorycznej ofert na etapie postępowań konkursowych, w tym osoby dokonującej tej weryfikacji.</li> <li>4. Sporządzanie, zgodnie z punktem 3.1.2.2. Procedury, harmonogramów otwarcia ofert przez komisje konkursowe w przypadku dużej liczby otwieranych ofert oraz rozważenie sporządzania harmonogramów posiedzeń zespołów negocjacyjnych.</li> <li>5. Dokumentowanie postępowań negocjacyjnych w sposób pozwalający na weryfikację propozycji Oddziału dla wyjściowej liczby i ceny świadczeń oraz uzasadnienia do tych propozycji.</li> </ol>
9.	Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ w Poznaniu	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zapewnienie stosowania wobec oferentów jednolitych kryteriów przy formułowaniu propozycji odnośnie do liczby i wartości świadczeń opieki zdrowotnej w toku procesu negocjacyjnego.</li> <li>2. Dokumentowanie postępowań o zawarcie umów na realizację świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z obowiązującymi procedurami, w szczególności w zakresie wskazywania uzasadnień propozycji Oddziału odnoszącej się do liczby i wartości świadczeń.</li> <li>3. Podjęcie działań zmierzających do zagwarantowania świadczeniodawcom możliwości złożenia w ustawowym terminie protestów na zaskarżoną czynność w toku postępowania o zawarcie umów na realizację świadczeń opieki zdrowotnej.</li> <li>4. Bieżącą aktualizację publikowanych przez Oddział danych o liczbie osób oczekujących na realizację świadczeń.</li> <li>5. Rzetelną weryfikację ofert składanych w toku postępowań o zawarcie umów na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie deklarowanych wyników kontroli NFZ.</li> </ol>

Lp.	Nazwa skontrolowanej jednostki	Wnioski pokontrolne
10.	„EMC” Instytut Medyczny S.A. we Wrocławiu, placówka udzielająca świadczeń: „EUROMEDICARE” Szpital Specjalistyczny z Przychodnią we Wrocławiu	Zapewnienie aby wszystkie podawane w formularzach ofertowych przesyłanych NFZ oraz wprowadzane do jego portalu dane dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej były zgodne ze stanem faktycznym, w tym dotyczące spełniania wymogu posiadania na każdej kondygnacji dostępnej dla świadczeniobiorców, co najmniej jednego pomieszczenia higieniczno-sanitarnego przystosowanego dla osób niepełnosprawnych.
11.	Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu	Nie sformułowano wniosków.
12.	NZOZ „Przychodnia Kosmonautów” sp. z o.o. we Wrocławiu	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Podjęcie zadań zmierzających do zapewnienia dostępności do świadczeń w Przychodni Okulistycznej w czasie pracy zadeklarowanym w ofercie konkursowej.</li> <li>2. Zapewnienie bieżącego informowania Dyrektora DOW NFZ o zaistniałych istotnych zmianach w zakresie harmonogramów pracy lekarzy, a w szczególności w Przychodni Zdrowia Psychicznego.</li> </ol>
13.	Karkonoskie Centrum Medyczne „Clinic” S.A. w Jeleniej Górze	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zapewnienie informacji o godzinach udzielania świadczeń w poszczególnych zakresach świadczeń poprzez umieszczenie stosownych tablic na drzwiach poradni i gabinetów.</li> <li>2. Zapewnienie tygodniowego czasu pracy w poradniach ortopedii i traumatologii narządu ruchu, nefrologii oraz urologii zgodnego z umową z DOW NFZ.</li> <li>3. Podjęcie działań dla spełnienia warunku udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie urologii co do bezpośredniej lokalizacji (gabinetu zabiegowo-diagnostycznego przy gabinecie urologicznym).</li> </ol>
14.	„SCANMED” S.A. w Krakowie	Nie sformułowano wniosków.
15.	Szpital Powiatowy w Bochni	Nie sformułowano wniosków.
16.	Centrum Medycyny Profilaktycznej Sp. z o.o. w Krakowie	Podjęcie działań zmierzających do zapewnienia dostępności do świadczeń w Przychodni Okulistycznej oraz Przychodni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w czasie pracy zadeklarowanym w ofercie konkursowej.
17.	Miejsko-Gminne Centrum Medyczne „WOL-MED” Sp. z o.o. w Wolbromiu	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zapewnienie dostępności do świadczeń w Przychodni Okulistycznej zgodnie z poziomem deklarowanym w ofercie konkursowej i wynikającym z obowiązującego harmonogramu.</li> <li>2. Podanie w przychodni w miejscach ogólnodostępnych wszystkich informacji wymaganych w § 11 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.</li> <li>3. Bieżące powiadamianie MOW NFZ o zmianach w potencjale wykonawczym, tj. sprzętu oraz osób wykonujących świadczenia zdrowotne w ramach umów zawartych z NFZ.</li> <li>4. Wykonywanie badań na sprzęcie medycznym posiadającym aktualne certyfikaty.</li> </ol>
18.	Centrum Medyczne „MED-ALL” w Krakowie (R/12/007/LKR)	Nie sformułowano wniosków.
19.	NZOZ „SANA-MED.” Sp. z o.o. w Krakowie (R/12/007/LKR)	Nie sformułowano wniosków.
20.	NZOZ „MASTERMED” w Białymstoku	Nie sformułowano wniosków.
21.	NZOZ Ośrodek Okulistyczny „Tęczówka” Iwona Witecka-Nalewajek w Białymstoku	Nie sformułowano wniosków.
22.	NZOZ Centrum Medyczne „Hansa” w Białymstoku	Nie sformułowano wniosków.

Lp.	Nazwa skontrolowanej jednostki	Wnioski pokontrolne
23.	„ORTOTRAUMA” Sp. z o.o. w ramach działalności wykonywanej przez NZOZ „ALFA” Centrum Ortopedii i Traumatologii w Białymstoku	Rzetelne podawanie informacji w formularzach ofertowych składanych do Narodowego Funduszu Zdrowia przy kontraktowaniu świadczeń opieki zdrowotnej.
24.	„Osteo-Medic” s.c. w Białymstoku	Nie sformułowano wniosków.
25.	NZOZ Zakład Fizykoterapii i Rehabilitacji Leczniczej w Białymstoku	Nie sformułowano wniosków.
26.	Przedsiębiorstwo Świadczeń Zdrowotnych i Promocji Zdrowia „Elvita” – Jaworzno III Sp. z o.o.	Nie sformułowano wniosków.
27.	Ośrodek Diagnostyki i Leczenia Chorób Kobięcych oraz Schorzeń Sutka „TOMMED” – Bula Tomasz w Katowicach	Bieżące dokonywanie aktualizacji danych o potencjale wykonawczym Ośrodka, zgodnie z wymaganiami umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych.
28.	„Esculap” s.c. Oddział Chirurgii Małoinwazyjnej Dariusz Tomsia, Ryszard Antkowiak w Wieprzu	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Podjęcie działań mających na celu uzyskanie wymaganego pozwolenia na użytkowanie, warunkującego możliwość prowadzenia działalności w budynku przy ul. Żywieckiej 609 w Wieprzu.</li> <li>2. Bieżące i rzetelne prowadzenie paszportów technicznych wyrobów medycznych.</li> <li>3. Uzupełnienie dokumentów potwierdzających posiadanie kwalifikacji i uprawnień do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez personel medyczny.</li> </ol>
29.	NZOZ „Biel-Med” Sp. z o.o. Szpital pod Bukami Bielsko-Biała	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terminowa realizacja przeglądów technicznych wyrobów medycznych oraz bieżące i rzetelne prowadzenie paszportów technicznych wyrobów medycznych</li> <li>2. Umieszczenie informacji o prawach pacjenta wewnątrz Szpitala w miejscu ogólnie dostępnym dla pacjentów</li> </ol>
30.	NZOZ Szpital Specjalistyczny im. Władysława Biegańskiego w Jędrzejowie	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Podjęcie działań w celu wyeliminowania przypadków wykonywania badań diagnostycznych przy wykorzystaniu urządzeń medycznych nieposiadających aktualnych badań stanu technicznego.</li> <li>2. Zaktualizowanie potencjału wykonawczego przeznaczonego do realizacji umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w LSZ zawartej z Świętokrzyskim OW NFZ, zgodnie z § 2 ust 7 tej umowy.</li> </ol>
31.	Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej w Starachowicach	Podjęcie działań w celu wyeliminowania przypadków wykonywania badań diagnostycznych przy wykorzystaniu urządzeń medycznych nieposiadających aktualnych badań stanu technicznego.
32.	Centrum Medyczne „Zagnańska” NZOZ w Kielcach	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Uzupełnienie informacji o dostępności świadczeń, wymaganych na podstawie § 11 ust. 1 oraz ust. 4 załącznika do rozporządzenia w sprawie OWU.</li> <li>2. Skorygowanie błędnie wprowadzonych do SZOI danych dotyczących potencjału kadrowego i sprzętowego.</li> <li>3. Bieżące aktualizowanie harmonogramu dostępności świadczeń, zamieszczonych na stronie internetowej Centrum.</li> <li>4. Przygotowanie do użytkowania bieżni, stanowiącej wyposażenie poradni medycyny sportowej, w celu zapewnienia możliwości udzielania świadczeń zgodnie z zawartą z ŚOW NFZ umową.</li> </ol>
33.	NZOZ „Partner” Sp. z o.o. w Kielcach	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zapewnienie dostępu do badań ultrasonograficznych w lokalizacji w pełnym czasie pracy poradni neonatologicznej.</li> <li>2. Bieżące aktualizowanie harmonogramu dostępności poradni, zamieszczonego na stronie internetowej NZOZ Partner.</li> </ol>

Lp.	Nazwa skontrolowanej jednostki	Wnioski pokontrolne
34.	Kaźmierska Alicja – NZOZ Przychodnia Lekarza Rodzinnego „ALTERIDA” Poznaniu	Bieżące aktualizowanie danych o potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy.
35.	NZOZ Leszczyńskie Centrum Medyczne „Ventriculus” Sp. z o.o. w Lesznie	Bieżące aktualizowanie danych o potencjale wykonawczym (w tym o sprzęcie) przeznaczonym do realizacji umowy.
36.	Jarosław Stanek Wielkopolskie Centra Medyczne „Remedium” w Poznaniu	Zapewnienie terminowego zawiadamiania WOW NFZ o zmianach w potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umów o świadczenie usług medycznych.
37.	Szpital w Śremie Sp. z o.o.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Podjęcie działań organizacyjnych w celu zapewnienia terminowego zawiadamiania NFZ o zmianach w potencjale wykonawczym Szpitala.</li> <li>2. Zawarcie umów z podwykonawcami wybranymi w postępowaniu konkursowym.</li> <li>3. Uzyskanie zezwolenia Wielkopolskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego na używanie przyłóżkowego aparatu RTG przez Ortopedię, Traumatologę i Narządu Ruchu.</li> </ol>

### 5.3. Wykaz badanych zakresów w jakich świadczeniodawcy udzielali świadczeń opieki zdrowotnej / procedur medycznych

OW NFZ	Badane rodzaje / zakresy świadczeń / procedury
<b>BIAŁYMSTOK</b>	
NZOZ „MASTERMED” w Białymstoku	SOK – badania genetyczne AOS – położnictwo i ginekologia oraz pobieranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego
NZOZ Ośrodek Okulistyczny „Tęczówka” Iwona Witecka-Nalewajek w Białymstoku	AOS – okulistyka LSZ – okulistyka hospitalizacja planowa
NZOZ Centrum Medyczne „Hansa” w Białymstoku	REH – lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna oraz fizjoterapia ambulatoryjna (dorośli)
„ORTOTRAUMA” Sp. z o.o. w ramach działalności wykonywanej przez NZOZ „ALFA” Centrum Ortopedii i Traumatologii w Białymstoku	LSZ – ortopedia i traumatologia hospitalizacja planowa, w tym skojarzona AOS – ortopedia i traumatologia narządu ruchu
„Osteo-Medic” s.c. w Białymstoku	REH – lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna, w zakresie fizjoterapia ambulatoryjna oraz w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku lub oddziale dziennym
NZOZ Zakład Fizjoterapii i Rehabilitacji Leczniczej w Białymstoku	LAOR – fizjoterapia ambulatoryjna
<b>KATOWICE</b>	
„Elvita” NZOZ Centrum Medyczne „Trójka” w Jaworznie	AOS – okulistyka i kardiologia
Ośrodek Diagnostyki i Leczenia Chorób Kobięcych oraz Schorzeń Sutka „TOMMED” w Katowicach	AOS – okulistyka oraz ortopedia i traumatologia narządu ruchu
„Esculap” s.c. Oddział Chirurgii Małoinwazyjnej Dariusz Tomsia, Ryszard Antkowiak w Wieprzu	LSZ – ortopedia i traumatologia narządu ruchu – zespół chirurgii jednego dnia oraz okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B12, B13, B15
NZOZ „Biel-Med” Sp. z o.o. Szpital pod Bukami Bielsko-Biała	LSZ – chirurgia jednego dnia
<b>KRAKOWIE</b>	
„SCANMED” S.A. w Krakowie	LSZ – okulistyka – zespół chirurgii 1-go dnia (B12, B13, B15) oraz ortopedia i traumatologia – hospitalizacja planowa
Szpital Powiatowy w Bochni	LSZ – okulistyka zespół chirurgii 1-dnia (B12, B13, B15) oraz ortopedia
Centrum Medycyny Profilaktycznej Sp. z o.o. w Krakowie	AOS – okulistyka oraz ortopedia i traumatologia narządu ruchu
Miejsko-Gminne Centrum Medyczne „WOL-MED” Wolbromiu	AOS – okulistyka oraz ortopedia i traumatologia narządu ruchu

OW NFZ	Badane rodzaje / zakresy świadczeń / procedury
<b>KIELCE</b>	
NZOZ Szpital Specjalistyczny im. Władysława Biegańskiego w Jędrzejowie	LSZ – urologia i choroby wewnętrzne
Szpital Powiatowy w Starachowicach	LSZ – kardiologia i urologia
Centrum Medyczne „Zagnańska” NZOZ w Kielcach	AOS – ortopedia i traumatologia narządu ruchu (w tym dla dzieci), medycyna sportowa, chirurgia dziecięca, chirurgia onkologiczna oraz preluksacja
NZOZ „Partner” w Kielcach	AOS – świadczenia w zakresie gruźlicy i chorób płuc (w tym dla dzieci), hepatologii, nefrologii, neonatologii, otolaryngologii oraz diabetologii
<b>POZNAŃ</b>	
NZOZ Przychodnia Lekarza Rodzinnego „Alterida” w Poznaniu	AOS – okulistyka i kardiologia
NZOZ Leszczyńskie Centrum Medyczne „Ventriculus” Sp. z o.o. w Lesznie	AOS – ortopedia i traumatologia narządu ruchu dla dzieci oraz kardiologia dziecięca
Wielkopolskie Centra Medyczne „Remedium” w Poznaniu	LSZ – ortopedia i traumatologia narządu ruchu oraz okulistyka – zespół chirurgii 1-go dnia
Szpital w Śremie Sp. z o.o.	LSZ – ortopedia i traumatologia narządu ruchu – hospitalizacja + hospitalizacja H01-H11 oraz otolaryngologia – hospitalizacja
<b>WROCLAW</b>	
„Euromedicare” Szpital Specjalistyczny z Przychodnią we Wrocławiu	LSZ – gastroenterologia – hospitalizacja i chirurgia ogólna – hospitalizacja planowa
Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu	LSZ – torakochirurgia i pulmonologia
NZOZ „Przychodnia Kosmonautów” Sp. z o.o. we Wrocławiu	AOS – okulistyka PSY – świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych
Karkonoskie Centrum Medyczne „Clinic” w Jeleniej Górze	AOS – ortopedia i traumatologia narządu ruchu oraz urologia i nefrologia

#### 5.4. Ogólnopolska mapa kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej

Większość rodzajów świadczeń, w tym dwa największe (LSZ i AOS) w jednym roku kontraktowały:

- w 2010 r. – na 2011 rok i lata następne – województwa: małopolskie, lubelskie, lubuskie, opolskie, pomorskie, świętokrzyskie, warmińsko-mazurskie (obszar mazurski), zachodniopomorskie,
- w 2011 r. – na 2012 r. i lata następne – województwo łódzkie, podlaskie, świętokrzyskie (pozostałe zakresy), warmińsko-mazurskie (obszar warmiński), wielkopolskie.

Rozłącznie, tj. rozkładając dwa największe konkursy (LSZ, AOS) pomiędzy rok 2010 i 2011 r. kontraktowały:

- województwo śląskie, dolnośląskie, kujawsko-pomorskie ( AOS – w 2010 r., LSZ – w 2011 r.),
- województwo mazowieckie rozłożyło częściowo pomiędzy rok 2010 i 2011 kontraktowanie LSZ, AOS kontraktowało w 2010 r.

## 5.5. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanego obszaru w okresie przeprowadzania kontroli

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.).
2. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2013 r. poz. 217).
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez NFZ, zapraszania do rokowań, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań (Dz.U. Nr 273, poz. 2719).
4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 81, poz. 484).
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań (Dz.U. Nr 273, poz. 2719).
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2013 r. poz. 1082).
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. Nr 139, poz. 1142 ze zm.).
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2011 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz.U. Nr 111, poz. 653).
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 139, poz. 1139 ze zm.).
10. 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. Nr 123, poz. 801 ze zm.).
11. Zarządzenie nr 60/2009/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 2 listopada 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.
12. Zarządzenie nr 69/2009/DSOZ Prezesa NFZ z dnia listopada 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne.
13. Zarządzenie nr 73/2009/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 13 listopada 2009 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
14. Zarządzenie nr 49/2010/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 31 sierpnia 2010 r. w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej (uchylone przez zarządzenie nr 46/2011/DSOZ z dnia 16 września 2011 r.).
15. Zarządzenie nr 85/2010/DSOZ 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.
16. Zarządzenie nr 54/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 września 2011 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

17. Zarządzenie nr 72/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne.
18. Uchwała nr 36/2005/I Rady NFZ z dnia 4 października 2005 r. w sprawie przyjęcia regulaminu pracy komisji prowadzącej postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.

## 5.6. Wykaz organów, 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. Minister Finansów
6. Minister Zdrowia
7. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
8. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
9. Rzecznik Praw Pacjenta
10. Rzecznik Praw Obywatelskich
11. Szef Centralnego Biura Antykorupcyjnego
12. Sejmowa Komisja Finansów Publicznych
13. Sejmowa Komisja do Spraw Kontroli Państwowej
14. Sejmowa Komisja Zdrowia
15. Senacka Komisja Budżetu i Finansów Publicznych
16. Senacka Komisja Zdrowia
17. Biuro Bezpieczeństwa Narodowego





MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 2014-03-24

MZ-DNM-073-19311-7/KCZ/14

**Pan**  
**Jacek Uczkiewicz**  
**Wiceprezes**  
**Najwyższej Izby Kontroli**  
**ul. Filtrowa 57**  
**00-950 Warszawa**

W nawiązaniu do *Informacji o wynikach kontroli P/12/145 „Kontraktowanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia”*, uprzejmie przedkładałam stanowisko do ustaleń zawartych w ww. dokumencie.

Uprzejmie informuję, że przedstawione przez Najwyższą Izbę Kontroli (zwaną dalej: „NIK”) wnioski i oceny funkcjonowania systemu kontraktowania świadczeń zdrowotnych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zwany dalej: „NFZ”) są zbieżne z ocenami i wnioskami sformułowanymi przez Ministra Zdrowia w wyniku kontroli przeprowadzonych w tym samym okresie przez Ministra Zdrowia w oddziałach wojewódzkich NFZ. W związku z powyższym, odnosząc się do przedstawionego na stronie 15 ww. Informacji NIK wniosku kierowanego do Ministra Zdrowia w sprawie przygotowania kompleksowej reformy finansowania systemu ochrony zdrowia, uprzejmie informuję, że Ministerstwo Zdrowia opracowało projekt zmiany ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), którego celem jest m.in. realizacja wniosków wyciągniętych przez Ministra Zdrowia z przeprowadzonych kontroli, które tożsame są z wnioskami przedstawionymi przez NIK. W dniu 21 marca 2014 r. Ministerstwo Zdrowia skierowało wniosek o zamieszczenie w Wykazie prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów, w części „projekty ustaw” ww. projektu ustawy.

W zakresie ustaleń NIK dotyczących konieczności zapewnienia ścisłej współpracy pomiędzy Ministrem Zdrowia i Centralą Narodowego Funduszu Zdrowia przy tworzeniu aktów prawa

oddziaływujących na proces kontraktowania świadczeń zdrowotnych, uprzejmie informuję, iż zarówno podczas prac nad rozporządzeniami w sprawie świadczeń gwarantowanych, tzw. rozporządzeniami koszykowymi, jak również prac wstępnych nad projektami ww. rozporządzeń, Ministerstwo Zdrowia, mając na względzie proces kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej, współpracowało i nadal planuje współpracować z Narodowym Funduszem Zdrowia we wszystkich etapach procesu legislacyjnego. Ponadto informuję, iż prace analityczne i koncepcyjne w sprawie poszczególnych rozporządzeń „koszykowych” trwają od początku roku, w tym również we współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Natomiast decyzja o umieszczeniu poszczególnych rozporządzeń „koszykowych” w „Wykazie prac legislacyjnych Ministra Zdrowia” podejmowana jest w pierwszym kwartale każdego roku, tak aby przy zachowaniu wymogów procesu legislacyjnego, rozporządzenia „koszykowe” zostały popisane i opublikowane w terminach gwarantujących Narodowemu Funduszowi Zdrowia możliwość skutecznego zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych zakresach.

2 powołania

z upoważnienia  
MINISTRA ZDROWIA  
PODSEKRETARZ STANU  
Cezary Rzemek

**Pan****Jacek Uczkiewicz****Wiceprezes****Najwyższej Izby Kontroli**

W związku z przesłaną w dniu 11 marca 2014 r. informacją o wynikach kontroli „Kontraktowanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia”, poniżej przedstawiam stanowisko odnośnie przedmiotowej informacji.

Na wstępie należy zwrócić uwagę, iż przedmiotowa kontrola Najwyższej Izby Kontroli, zwanej dalej „NIK”, poza kontrolą w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, przeprowadzona między innymi została w pięciu oddziałach wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia (Dolnośląskim, Podlaskim, Śląskim, Świętokrzyskim, Wielkopolskim). Ocena kontrolowanej działalności, przedstawiona w wystąpieniach pokontrolnych skierowanych do w/w oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia, w żadnym przypadku nie była oceną negatywną. W oddziałach: Dolnośląskim, Podlaskim, Śląskim, Świętokrzyskim, Wielkopolskim, NIK pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości oceniła działalność oddziałów, natomiast w Śląskim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia, NIK zastosowała ocenę opisową.

Należy również zauważyć, iż w wystąpieniu pokontrolnym z dnia 27 grudnia 2013 r. nr LKR-4101-28-01/2012 NIK oceniła pozytywnie, mimo stwierdzonych nieprawidłowości, działalność Centrali oraz Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie kontrolowanej działalności. Pozytywna ocena była konsekwencją podjęcia przez Zespół Orzekający Komisji Rozstrzygającej w Najwyższej Izbie Kontroli uchwały z dnia 27.11.2013 r., w której uwzględniono zastrzeżenia złożone przez Prezesa NFZ do wystąpienia pokontrolnego z dnia 7.10.2013 r. nr LKR-4101-28-01/2012. w zakresie oceny ogólnej i zmieniono ocenę opisową na ocenę pozytywną mimo stwierdzonych nieprawidłowości. Ponadto uwzględniono również zastrzeżenia Prezesa NFZ dotyczące:

- rozpatrywania przez Prezesa NFZ wniosków dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ w sprawie przedłużenia okresu obowiązywania zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- zasadności ściślejszej współpracy Centrali NFZ z Ministerstwem Zdrowia przy opracowywaniu aktów prawnych mających wpływ na kontraktowanie świadczeń,
- oceny zmian oprogramowania informatycznego wspomagającego prowadzenie postępowań konkursowych i ocenę ofert,
- stosowania przez oddziały wojewódzkie Funduszu zasad prowadzenia negocjacji w postępowaniach konkursowych o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- podjęcia działań zmierzających do uzyskania pełnej aktualnej wiedzy na temat kosztów kontaktowanych świadczeń.

W ostatecznym wystąpieniu pokontrolnym NIK wskazała między innymi na terminowe i należyte wywiązanie się z obowiązku stworzenia prawnych i organizacyjno-technicznych warunków kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w wybranych rodzajach i zakresach świadczeń, co w konsekwencji doprowadziło do zawarcia umów na większość planowanych świadczeń opieki zdrowotnej, natomiast stwierdzone w wystąpieniu pokontrolnym nieprawidłowości dotyczyły wyłącznie:

- długiego terminu rozpatrywania przez Prezesa NFZ jako organu II instancji odwołań świadczeniodawców od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ w sprawie rozstrzygnięć komisji konkursowych,
- braku aktualnej informacji o kosztach udzielania świadczeń przez świadczeniodawców niezbędnej do dokonania przez Prezesa Funduszu wyceny poszczególnych świadczeń.

W zakresie wskazanej przez NIK w wystąpieniu pokontrolnym nieprawidłowości, dotyczącej braku aktualnej informacji o kosztach udzielania świadczeń przez świadczeniodawców, należy zwrócić uwagę na brak jednolitych standardów wewnętrznej ewidencji i sprawozdawczości kosztowej dla podmiotów leczniczych, co w powiązaniu ze zróżnicowaniem ich struktur i zakresów prowadzonej działalności praktycznie uniemożliwia pozyskiwanie wiarygodnych i porównywalnych danych o kosztach świadczeń przez Fundusz. Dodatkowo przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej nie zawierają delegacji dla Ministra Zdrowia, która znajdowała się w uchylonej ustawie z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, do określenia, w drodze rozporządzenia, szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Nie mniej jednak, mając na uwadze realizację zadania określonego w art. 97 ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych

ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach” oraz kierowane do Funduszu przez środowiska medyczne oczekiwania w zakresie dokonania przez Fundusz urealnienia wyceny świadczeń opieki zdrowotnej, Narodowy Fundusz Zdrowia podjął i kontynuuje działania zmierzające do uzyskania aktualnej wiedzy na temat kosztów kontraktowanych świadczeń opieki zdrowotnej. W okresie od grudnia 2012 roku do lutego 2013 roku w Narodowym Funduszu Zdrowia prowadzone były prace zmierzające do wypracowania jednolitej metodyki i metodologii wyceny świadczeń opieki zdrowotnej. Efektem prowadzonych w tym zakresie prac było stworzenie i sprawdzenie funkcji wartościujących koszty poszczególnych rozpoznań oraz zabiegów, a także ustalenie metody pozyskiwania niezbędnych danych. Kolejne działania Funduszu umożliwiły zweryfikowanie przyjętych na wstępie procesu założeń i wypracowanie metodologii ustalenia tzw. najczęściej występującego „pacjenta”, dla którego dane medyczne oraz dane kosztowe pozyskiwane są od świadczeniodawców.

Stwierdzona przez NIK w wystąpieniu pokontrolnym nieprawidłowość w zakresie długiego terminu rozpatrywania przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, jako organu II instancji, odwołań świadczeniodawców od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie rozstrzygnięć komisji konkursowych, a tym samym zalecenie podjęcia działań zmierzających do skrócenia czasu prowadzenia w/w postępowań, stało się zbędne z racji tego, że z dniem 21 listopada 2013 r. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia przestał być organem odwoławczym II instancji.

Przedstawiając powyższe, wskazać należy, że podsumowanie wyników kontroli zaprezentowane w przekazanej przez NIK informacji o wynikach kontroli P/12/145 „Kontraktowanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia” i negatywny wydzźwięk przedstawionych w niej sformułowań wydaje się być nieadekwatne do ocen przedstawionych przez NIK w wystąpieniach pokontrolnych.

W szczególności trudno zgodzić się z podsumowaniem wyników kontroli zaprezentowanym przez NIK w informacji o wynikach kontroli, jakoby konkursowe zasady wyboru świadczeniodawców podczas kontraktowania były przekreślane przez sposób prowadzenia negocjacji, w wyniku których następuje zmiana rankingu ustalonego w konkursie. Należy bowiem zauważyć, że działania komisji konkursowej nie mają prowadzić do zawarcia umów ze wszystkimi oferentami, którzy złożyli oferty w postępowaniu, a jedynie wyłonienie ofert najkorzystniejszych, w ramach wartości zamówienia podanej przez zamawiającego w ogłoszeniu o postępowaniu. W tym miejscu wskazać należy, iż zgodnie z art. 142 ust. 6 ustawy o świadczeniach w części niejawniej komisja konkursowa może przeprowadzić

negocjacje z oferentami w celu ustalenia liczby planowanych do udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej oraz ceny za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej. Negocjacje te stanowią zatem jeden z etapów postępowania, które zmierza do wyłonienia najkorzystniejszej oferty/ofert. Ostateczne stanowiska stron w procesie negocjacji zawiera protokół końcowy z negocjacji, którego podpisanie daje możliwość polepszenia sytuacji rankingowej oferenta i uzyskanie potencjalnej możliwości podpisania umowy. Zauważyć należy, iż w postępowaniach w sprawie zawarcia umów na rok 2012 i lata następne, przesłanką zaproszenia oferenta do negocjacji była wysoka łączna ocena oferty uzyskana na podstawie kryteriów niecenowych, przy czym do negocjacji kwalifikowano oferentów licząc kolejno od najwyższej uzyskanej przez nich oceny. W tym miejscu wskazać należy, że zapisy art. 72 § 1 kodeksu cywilnego w sprawie prowadzenia przez strony negocjacji w celu zawarcia umowy nie są wprost przenoszone na grunt ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Oznacza to, że ich pozytywny wynik nie warunkuje automatycznego zawarcia umowy pomiędzy negocjującymi stronami. Protokół końcowy z negocjacji nie określa istotnych postanowień umowy przyrzeczonej, a ma na celu jedynie ostateczne ustalenie ceny i ilości świadczeń z oferentem, co dopiero stanowi postawę do utworzenia rankingu końcowego, który wskazuje, który z oferentów zostanie wybrany. Jednym z elementów podlegających negocjacjom jest cena za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej, która jest także jednym z czynników (nie jedynym) uwzględnianych podczas porównywania ofert w toku postępowania, a co za tym idzie wpływa na punktację przyznaną ofercie, a więc potencjalnie także na jej miejsce w rankingu końcowym ofert. Zatem ewentualna zmiana pozycji oferenta, po przeprowadzonych negocjacjach w rankingu końcowym, jest jak najbardziej uzasadniona. Należy podkreślić, że o miejscu w rankingu końcowym decyduje ocena łączna uwzględniająca zarówno oferowaną cenę świadczenia, jak i inne parametry oferty – ciągłość, kompleksowość, dostępność i jakość udzielanych świadczeń.

Trudno zgodzić się z zaprezentowaną przez NIK w informacji o kontroli oceną, wskazującą na nieprzejrzystość negocjacji jako czynnik korupcjogenny. Stosowana procedura jest bowiem oparta na obustronnie podpisywanych protokołach z negocjacji – dokumentujących ich przebieg w danym dniu i podsumowujących proces negocjacji. W tym miejscu podkreślić należy, że Zespół Orzekający Komisji Rozstrzygającej w Najwyższej Izbie Kontroli w uchwale z dnia 27.11.2013 r., uwzględnił zastrzeżenia złożone przez Prezesa NFZ do wystąpienia pokontrolnego, dotyczące braku przejrzystości prowadzonych przez komisje konkursowe negocjacji zapewniających równe traktowanie wszystkich oferentów.

Zespół Orzekający Komisji Rozstrzygającej w NIK przyjął wyjaśnienia Prezesa NFZ, z których wynikało, że Centrala Funduszu nie ma możliwości sprawowania bezpośredniego nadzoru nad sposobem prowadzenia negocjacji cenowych i ilościowych prowadzonych przez komisje konkursowe z oferentami w toku prowadzonych postępowań konkursowych, a ustawowe kompetencje Prezesa Funduszu w przypadku postępowań są ograniczone do ustalania formalnych warunków przeprowadzania postępowań, tj. określenia jednolitych sposobów realizacji ustawowych zadań realizowanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu, zgodnie z art. 102 ust 5 pkt 25) ustawy o świadczeniach. W ramach tej kompetencji Prezes określa przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kryteria oceny ofert oraz warunki wymagane od świadczeniodawców, zgodnie z art. 146 ustawy o świadczeniach. Ponadto Prezes Funduszu przekazuje wytyczne dotyczące sposobu przeprowadzenia postępowań poprzez opracowanie *Procedury konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, która zawiera jednolite formularze, służące do rzetelnego udokumentowania przebiegu postępowań, w tym również przeprowadzenia negocjacji. W ocenie Funduszu dokumentowanie przebiegu negocjacji cenowo - ilościowych poprzez obustronne podpisywanie protokołów cząstkowych i końcowego jest wystarczające w kontekście ustawowej niejawności tej części postępowania. Ponadto zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach, prowadzenie negocjacji cenowych i ilościowych należy do wyłącznej kompetencji komisji konkursowej, a obowiązujące przepisy prawa nie regulują szczegółowo sposobu prowadzenia negocjacji. Sposób ten zależy przede wszystkim od woli stron, z zachowaniem ogólnej zasady równego traktowania oferentów określonej w art. 134 i kompetencji komisji określonych w art. 142 ust. 6 i 7 ustawy o świadczeniach. Prezes NFZ podtrzymuje swoje stanowisko, zgodnie z którym trudno jest znaleźć jednolite techniczne i organizacyjne rozwiązania, które z jednej strony dokumentowałyby w stopniu wyższym przebieg negocjacji, a z drugiej nie byłyby zbędnym ograniczeniem, które nadmiernie formalizowałoby proces ze swej istoty zakładający pewną nieszablonowość negocjacji i stopniowe dochodzenie do akceptowalnych przez obie strony rezultatów.

Odnosząc się do wyrażonego przez NIK w informacji o wynikach kontroli stwierdzenia podkreślającego niewystarczającą weryfikację ofert, ponownie wskazać należy, że co do zasady oferty mają formę oświadczeń i za ich prawidłowość w pierwszej kolejności odpowiada oferent. Co więcej, podanie w ofercie nieprawdziwych informacji i danych jest zagrożone sankcją karną – karą grzywny. W ten sposób ustawodawca w sposób jednoznaczny wskazał, że ciężar weryfikacji prawdziwości oświadczenia spoczywa przede wszystkim

na osobie, która je składa. Przepisy dają komisji konkursowej prawo takiej weryfikacji, np. poprzez kontrole, ale nie nakładają na nią obowiązku sprawdzenia każdej oferty i wszystkich jej aspektów - nie byłoby to zresztą możliwe, bo część oferty ma charakter deklaracyjny. Fundusz stara się sprawdzić poprawność oświadczeń świadczeniodawców, jednakże nie można oczekiwać, że zweryfikuje wszelkie składane w toku postępowań konkursowych/rokowań oświadczenia. Przystępując do postępowania konkursowego/ofertent ma pełną wiedzę o treści aktów prawnych mających zastosowanie podczas postępowania oraz sposobu oceny ofert. Jednocześnie przy składaniu oferty składa również *Oświadczenie oferenta*, w którym potwierdza, że przedstawione przez niego w ofercie dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jednocześnie wskazać należy, że zgodnie z obowiązującym prawem komisja konkursowa nie ma obowiązku przeprowadzania obligatoryjnej kontroli oferentów. Takie stanowisko reguluje zapis § 6 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań (Dz. U. 2004 r. Nr 273, poz. 2719), zgodnie z którym „(...) komisja konkursowa ma prawo przeprowadzenia kontroli świadczeniodawcy ubiegającego się o zawarcie umowy w celu potwierdzenia prawdziwości i prawidłowości danych zawartych w ofercie, a także zażądać dostarczenia dokumentów potwierdzających dane i informacje przekazane w toku postępowania przez świadczeniodawcę ubiegającego się o zawarcie umowy”. Kierunek powyższej regulacji jest jednoznaczny, nie nakłada bowiem na komisję konkursową obowiązku przeprowadzenia kontroli, a jedynie nadaje jej takie uprawnienie. W powyższej kwestii stanowisko zajął również Naczelny Sąd Administracyjny w wyroku z dnia 16 marca 2011 r., w sprawie o sygn. akt II GSK 264/10, w którym orzekł: „(...) Uprawnienie to, jak trafnie podkreślono w skardze kasacyjnej, jako wynikające z obowiązującego prawa nie może być odczytywane jako naruszenie prawa. Dodać należy, że to uprawnienie nie może być rozumiane jako przejaw nierównego traktowania uczestników konkursu, mieści się bowiem w granicach swobodnego wyboru Komisji konkursowej”.

W informacji o kontroli, NIK wskazuje na niewystarczający nadzór Prezesa Funduszu nad kontraktowaniem świadczeń poprzez rozpatrywanie odwołań przez Prezesa z przekroczeniem ustawowego terminu, przewidzianego na ich rozpatrzenie. Odnosząc się do powyższego wskazać należy, iż w toku prowadzonej przez NIK kontroli, Prezes NFZ szczegółowo wyjaśniła przyczyny takiego stanu rzeczy. Przypomnieć należy, że wobec konieczności rozpoznania przez organ II instancji bardzo dużej ilości odwołań (około 1300 odwołań w roku 2011 i ponad 900 w roku 2012), złożonych w trybie art. 154 ust. 3 ustawy

o świadczeniach, wobec obowiązku zapewnienia stronom czynnego udziału w postępowaniu przed wydaniem decyzji (co wynika z zapisu art. 10 § 1 ustawy z dnia 14 czerwca 1969 r. Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2000 r. nr 98, poz. 1071 z późn. zm.)) oraz wobec konieczności przeprowadzenia w niektórych przypadkach dowodów i dokładnego wyjaśnienia stanu faktycznego sprawy ze względu na skomplikowany charakter ale przede wszystkim w związku ograniczonymi możliwościami kadrowymi, niejednokrotnie nie było możliwe dotrzymanie przez Prezesa Funduszu 30-dniowego terminu na wydanie decyzji administracyjnej. Ponadto sytuacja, jaka miała miejsce w związku z przeprowadzonymi przez oddziały wojewódzkie NFZ postępowaniami konkursowymi/rokowaniami na rok 2011 i lata następne oraz złożonymi do organu II instancji odwołaniami w ilości około 1300 odwołań, była trudna do przewidzenia, dlatego też przy tak ogromnej ilości odwołań jaka wpłynęła do organu II instancji w roku 2011 oraz w roku 2012, nie było możliwe rozpatrywanie odwołań od wydanych przez dyrektorów OW NFZ decyzji w rozsądnym czasie.

Przedstawiając powyższe jeszcze raz podkreślić należy, iż przygotowane i wdrożone przez Prezesa Funduszu w ramach ustawowych kompetencji narzędzia i regulacje do kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej były nie tylko wystarczające, ale i skuteczne. Wskazane natomiast przez NIK w tym zakresie uchybienia, wynikały w głównej mierze z obowiązujących w tym obszarze uregulowań prawnych.

Nie mniej jednak Narodowy Fundusz Zdrowia dołoży wszelkich starań, aby zminimalizować nieprawidłowości, o których mowa w przedstawionej przez NIK informacji o kontroli.

Jednocześnie pragnę wyrazić swój niepokój w kwestii udostępnienia szerokiej opinii publicznej wyników przeprowadzonej przez NIK kontroli przed upływem terminu przedstawienia przez Fundusz stanowiska w sprawie Informacji o wynikach kontroli.

  
W zastępstwie Prezesa  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
Zastępca Prezesa ds. Finansowych

*Wiesława Anna Kłos*

**Do wiadomości:**

1. Pan Bartosz Arłukowicz Minister Zdrowia.
2. Pani Renata Hayder Przewodnicząca Rady NFZ.





WICEPREZES  
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI  
JACEK UCZKIEWICZ

P/12/145

Warszawa, 02. kwietnia 2014 r.

**Opinia do stanowiska Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 21 marca 2014 r. do informacji o wynikach kontroli „Kontraktowanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia”**

W odpowiedzi na stanowisko Prezesa NFZ pragnę poinformować, że wszystkie zawarte w informacji pokontrolnej oceny, uwagi oraz opisy stanu faktycznego znajdują odzwierciedlenie w wystąpieniach pokontrolnych i dokumentacji kontrolnej wszystkich objętych kontrolą, oddziałów wojewódzkich NFZ i świadczeniodawców.

Wszystkie skontrolowane oddziały, pomimo wielu problemów i ogromu pracy związanej z kontraktowaniem, szczególnie w okresie kumulacji konkursów w największych rodzajach świadczeń, zapewniły kontynuację udzielania świadczeń zdrowotnych na terenie objętych ich właściwością. W tym zakresie uzyskały więc oceny pozytywne, ponieważ nie nastąpiło ani przerwanie ciągłości, ani istotne ograniczenie dostępności usług dla pacjentów. W każdym z wystąpień skierowanych do skontrolowanych oddziałów zawarto jednocześnie oceny dotyczące poszczególnych etapów kontraktowania, wskazując nieprawidłowości i uchybienia. Przykładowo sposób przeprowadzania i udokumentowania negocjacji został oceniony negatywnie we wszystkich kontrolowanych oddziałach. Stwierdzone nieprawidłowości składają się na całościowy obraz procesu kontraktowania w kontrolowanych rodzajach świadczeń, a sformułowane w informacji końcowej oceny są bezsprzecznie z nimi spójne.

Chciałbym także podkreślić, że Centrala NFZ, której dotyczyło cytowane przez Prezesa Funduszu wystąpienie pokontrolne NIK, nie przeprowadza konkursów oraz nie bierze czynnego udziału w procesie kontraktowania. Ocena tego procesu dotyczyć może wyłącznie wypełnienia obowiązków wynikających z przepisów prawa, w tym wydawania przez NFZ stosownych zarządzeń i prowadzenia postępowań odwoławczych. W toku kontroli oraz w dyskusji toczony w ramach procedury odwoławczej przedstawiciele Prezesa NFZ wielokrotnie dystansowali się od działań w zakresie kontraktowania podkreślając, że odpowiadają za nie jedynie dyrektorzy oddziałów wojewódzkich, a każda ocena kierowana w tym zakresie do nadzorującego ich - na podstawie ogólnych przepisów kompetencyjnych - Prezesa NFZ, wykracza poza zakres podmiotowy kontroli.

Powyższe rodzi więc pytanie: za co faktycznie odpowiada Prezes NFZ i jaki jest jego realny wpływ na to, jaką politykę i zasady zakupu świadczeń zdrowotnych za pieniądze publiczne stosuje NFZ w szesnastu województwach?

Informacja o wynikach kontroli jest dokumentem, w którym Izba odnosi się całościowo do oceny funkcjonowania danego systemu i skutków rozwiązań przyjętych i stosowanych w jego ramach. Podnoszone wielokrotnie, także w przesłanym przez Prezesa Funduszu stanowisku, słabości uregulowań prawnych i duża samodzielność dyrektorów oddziałów nie mogą usprawiedliwiać braku odpowiednich działań zarządczych ze strony Prezesa i Centrali NFZ.

Przedstawiając niniejszą opinię pragnę także zaznaczyć, że oceny i uwagi dotyczące procesu kontraktowania świadczeń zdrowotnych, jak i propozycje działań w tym zakresie znalazły zrozumienie i akceptację Ministra Zdrowia w przesłanym do NIK stanowisku z dnia 24 marca 2014 r. Wskazane przez NIK nieprawidłowości

i uchybienia w pełni znajdują swoje potwierdzenie w opiniach pacjentów i samych świadczeniodawców. W związku z powyższym pozwolę sobie wyrazić nadzieję, że Fundusz podejmie rzetelną dyskusję na temat zmian w systemie opieki zdrowotnej i będzie aktywnym uczestnikiem zapowiadanych przez Ministra Zdrowia działań w tym zakresie.

J. Vukini