



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Delegatura w Krakowie

LKR – 4101-28-01/2012  
P/12/145

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI  
Delegatura w Krakowie  
ul. Łobzowska 67, 30-038 Kraków  
T +48 12 342 34 00, F +48 12 342 34 44  
lkr@nik.gov.pl

# I. Dane identyfikacyjne kontroli

Numer i tytuł kontroli	P/12/145 – Kontraktowanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Krakowie
Kontrolerzy	1. Małgorzata Korusiewicz, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 83793 z 20 grudnia 2012 r. 2. Stanisław Dziwisz, specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 83794 z 20 grudnia 2012 r. 3. Rafał Rossowski, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr 83806 z 10 stycznia 2013 r.  (dowód: akta kontroli str. 1-6)
Jednostka kontrolowana	Narodowy Fundusz Zdrowia, 02-390 Warszawa, ul. Grójecka 186 (dalej: <i>Centrala NFZ</i> lub <i>Centrala Funduszu</i> )
Kierownik jednostki kontrolowanej	Agnieszka Pachciarz, Prezes Poprzednio, do 4 czerwca 2012 r. Jacek Paszkiewicz, Prezes  (dowód: akta kontroli str. 7-11)

# II. Ocena kontrolowanej działalności

## Ocena ogólna

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie mimo stwierdzonych nieprawidłowości<sup>1</sup> działalność Centrali oraz Prezesa NFZ w zakresie kontrolowanej działalności.

Pozytywna ocena wynika z 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.<sup>2</sup> dzięki czemu oddziały wojewódzkie Funduszu zawarły umowy na większość planowanych świadczeń opieki zdrowotnej.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły:

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

<sup>1</sup> Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie.

<sup>2</sup> Badaniem objęto zarządzenia w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, rehabilitacja lecznicza nocna i świąteczna opieka zdrowotna wydawane przed ogłoszeniem konkursów na 2011 r. i 2012 r.

NIK skontrolowała działania Prezesa Funduszu w latach 2009-2012 w zakresie zapewnienia właściwego przebiegu procesu kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w wybranych rodzajach i zakresach świadczeń prowadzonych w oddziałach w 2010-2011 r.<sup>3</sup> oraz dokonywania wyceny świadczeń.

Podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest umowa zawarta pomiędzy dyrektorem oddziału wojewódzkiego Funduszu, a podmiotem wyłonionym zgodnie z ustawą o świadczeniach<sup>4</sup>, tj. w trybie konkursu ofert albo rokowań. Konkurs ofert składa się z części jawnej, w której komisja stwierdza między innymi które oferty spełniają warunki i części niejawną, 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 prowadzonych postępowań konkursowych stosowane jest oprogramowanie umożliwiające świadczeniodawcom wprowadzanie uzupełnianie i aktualizację danych o potencjale wykonawczym (niezbędnych do zawarcia i rozliczenia 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. Przepisów dotyczących konkursu ofert i rokowań nie stosuje się do zawierania umów w podstawowej opiece zdrowotnej (z wyjątkiem nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej) oraz w zakresie zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi. 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 m.in. warunki wymagane od świadczeniodawców, 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.

Kontrola wykazała, że Prezes NFZ wydał stosowne zarządzenia i procedury, jak również udostępnił oddziałom wojewódzkim narzędzie informatyczne mające wspomagać proces kontraktowania i zorganizował szkolenia pracowników oddziałów, co miało zapewnić formalne warunki prowadzenia w 2010 i 2011 roku postępowań o zawarcie umów w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej (zwanych dalej: *kontraktowaniem*).

Badane zarządzenia Prezesa NFZ wydawane były bezzwłocznie, a termin ich wydania był ściśle związany z publikacją stosownych rozporządzeń Ministra Zdrowia oraz zatwierdzeniem planu finansowego NFZ. Późne, jak na potrzeby wynikające z zakresu i wielkości akcji kontraktowania, rozpoczynanie postępowań w oddziałach, uzależnione było od powyższych regulacji, jednak nie wiązało się z opóźnieniami po stronie Centrali Funduszu. Bardziej dotkliwy niż późny termin rozpoczynania postępowań był ich zakres

<sup>3</sup> Badaniem objęto zarządzenia w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, rehabilitacja lecznicza nocna i świąteczna opieka zdrowotna wydawane przed ogłoszeniem konkursów na 2011 r. i 2012 r.

<sup>4</sup> 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.) – dalej: *ustawa o świadczeniach*.

wynikający z kumulacji kontraktowania kilku, a nawet kilkunastu rodzajów świadczeń w poszczególnych oddziałach w jednym czasie.

Kontrola wykazała, że ponad 85% decyzji w sprawie odwołań złożonych do Prezesa w latach 2010-2011 zostało wydanych po upływie 30-dniowego terminu określonego w art. 154 ust. 6 ustawy o świadczeniach, 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>5</sup> (dalej: *kpa*). Z tej liczby, ponad 55% decyzji wydanych zostało po upływie 90 dni. NIK zwraca uwagę, że oprócz negatywnego wpływu na sytuację skarżącego świadczeniodawcy, uniemożliwiało to w praktyce przeprowadzenie w jak najkrótszym czasie ponownego postępowania, do czego Fundusz było zobowiązany w przypadku uwzględnienia odwołania. Zaznaczyć należy, że zasadniczy wpływ na terminowość rozpatrywania przez Prezesa NFZ odwołań miała również opisana wyżej kumulacja prowadzonych postępowań konkursowych.

Kolejnym narzędziem wykorzystywanym przez Centralę było prowadzenie kontroli planowych i doraźnych; przy czym wyniki większości z nich potwierdzają liczne nieprawidłowości i uchybienia przy prowadzeniu kontraktowania w oddziałach.

Ze względu na brak wiedzy na temat rzeczywistych kosztów kontraktowanych świadczeń medycznych, oszacowanie liczby świadczeń i ich wycena odbywały się przede wszystkim w oparciu o dane o liczbie wykonanych świadczeń w latach poprzednich. Wprawdzie NFZ od 1 września 2011 r. żądał od świadczeniodawców wnioskujących o zmianę warunków umów przedłożenia kalkulacji kosztów udzielanych świadczeń medycznych wraz z określeniem ich źródła, ale liczba uzyskanych do tej pory danych była zbyt mała, aby móc obiektywnie oszacować koszty poszczególnych procedur.

Do 2011 r. Fundusz nie żądał od świadczeniodawców danych o kosztach 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>6</sup> (dalej: *OWU*) dokonując wyceny poszczególnych świadczeń Prezes Funduszu bierze pod uwagę między innymi koszty ich udzielania przez świadczeniodawców, a w wybranych zakresach świadczeń także koszty zapewnienia gotowości ich udzielania.

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

#### **1. Działania dotyczące zapewnienia właściwego przebiegu procesu kontraktowania świadczeń w oddziałach**

##### **1.1. Organizacja przebiegu kontraktowania świadczeń**

Centrala NFZ monitoruje przebieg postępowań konkursowych przy wykorzystaniu aplikacji *Centralny Monitoring Konkursu Ofert*, zawierającej dane takie jak: liczba ogłoszonych postępowań/rokowań, liczba złożonych ofert (w tym przyjętych i odrzuconych), liczba świadczeniodawców składających oferty, informacje o wynikach postępowań konkursowych. Dane zacytywane przez aplikację są generowane przez poszczególne OW NFZ. Baza ta była aktualizowana raz w tygodniu. Informacje dotyczące prowadzonych w oddziałach postępowań były przekazywane między innymi do Wydziału Nadzoru i Kontroli Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej (dalej *DSOZ*), który prowadzi postępowania kontrolne prawidłowości prowadzenia przez oddziały procesu kontraktowania.

(dowód: akta kontroli str. 112-113)

Agnieszka Pachciarz, Prezes NFZ wyjaśniła, że nadzór nad postępowaniami konkursowymi/rokowaniami prowadzony jest w szczególności poprzez rozpatrywanie odwołań oraz kontrole w OW NFZ, w ramach których sprawdzana jest prawidłowość postępowań konkursowych.

Opis stanu  
faktycznego

<sup>5</sup> Dz. U. z 2013 r., poz. 267.

<sup>6</sup> Dz. U. Nr 81, poz. 484.

(dowód: akta kontroli str. 45-48)

W latach 2011-2012 Centrala NFZ przeprowadziła 18 kontroli prawidłowości kontraktowania świadczeń, w tym 10 planowych i osiem doraźnych. W 12 z nich stwierdzono nieprawidłowości polegające głównie na: dopuszczeniu do prac w komisji konkursowej osób, które nie podpisały oświadczeń o nieistnieniu przesłanek do wyłączenia, niesporządzaniu rankingów końcowych po negocjacjach, podejmowaniu ponownych negocjacji w sytuacjach nieprzewidzianych w Procedurze, nieprzeprowadzaniu obowiązkowych kontroli, nieinformowaniu Prezesa Funduszu o odstąpieniu od stosowania Procedury oraz wybraniu po ponownych negocjacjach oferentów, którzy po pierwszej turze zajmowali pozycje pod „linią odcięcia”.

(dowód: akta kontroli str. 98-111, 655-949)

Kontrole planowe dotyczyły prawidłowości stosowania Procedury, w tym zawierania umów w trybie art. 161b ustawy o świadczeniach. Kontrole doraźne prowadzono w celu zweryfikowania otrzymanych informacji o nieprawidłowościach występujących w prowadzonych postępowań konkursowych.

(dowód: akta kontroli str. 655-949)

Dariusz Dziełak, p.o. dyrektora DSOZ wyjaśnił, że Centrala Funduszu co do zasady nie kieruje do oddziałów dodatkowych pism w przypadku naruszenia regulacji, których oddziały zobowiązane są przestrzegać. Poinformował również, że z uwagi na nieunormowanie w sposób szczególny kwestii przeprowadzania obowiązkowej kontroli przed zawarciem umów ze świadczeniodawcami na wyższy, niż podstawowy poziom referencyjny do wszystkich OW NFZ skierowano pismo informujące o wynikach kontroli Funduszu w wybranych oddziałach oraz przypominające o obowiązku kontroli przed zawarciem umów z ww. świadczeniodawcami.

(dowód: akta kontroli str. 942-943, 950-955)

Agnieszka Pachciarz, Prezes NFZ wyjaśniła, że w Centrali Funduszu nie tworzy się terminarza postępowań konkursowych. Zaplanowane przez oddziały terminy ogłaszania oraz prowadzenia postępowań konkursowych/rokowań związane są ściśle z terminami wygasania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Ogłoszenie terminów postępowań konkursowych/rokowań leży w gestii oddziałów, które zobowiązane są do prowadzenia analiz dostępności do świadczeń przed rozpoczęciem procesu kontraktowania. Analiza ta powinna polegać na badaniu obszaru terytorialnego objętego danym postępowaniem konkursowym, z uwzględnieniem różnych potrzeb świadczeniobiorców oraz specyfiki świadczenia usług medycznych w konkretnym rodzaju i zakresie świadczeń na danym terenie.

(dowód: akta kontroli str. 45-48)

Prezes NFZ wyjaśniła również, że: *„przeprowadzanie postępowań o zawarcie umów należy do zadań dyrektora oddziału wojewódzkiego, zgodnie z przepisem art. 107 ust. 5 pkt. 8 i 10 ustawy o świadczeniach. Ewentualna kumulacja postępowań w trakcie jednego roku jest przewidywalna i oddział wojewódzki w miarę możliwości powinien się przygotować do ich skutecznego przeprowadzenia. Należy podkreślić, że konieczność przeprowadzenia postępowań we wszystkich rodzajach świadczeń nie jest sytuacją niezwykłą i wynika z konieczności zapewnienia odpowiedniej dostępności do świadczeń pacjentom. Należy jednocześnie zwrócić uwagę, że zadania Centrali Funduszu w mniejszym stopniu są uzależnione od ewentualnych kumulacji postępowań w oddziałach wojewódzkich – bez względu na liczbę postępowań niezbędne jest przygotowanie odpowiednich regulacji prawnych (zarządzeń) i ich oprzyrządowanie informatyczne w celu umożliwienia przeprowadzenia konkursów ofert przez oddziały wojewódzkie. Spiętrzenia liczby postępowań w danym roku mają natomiast zasadnicze znaczenia dla terminowości rozpatrywania przez Prezesa Funduszu odwołań od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ w sprawie rozstrzygnięć konkursowych”.*

(dowód: akta kontroli str. 244-247)

W latach 2011-2012 dyrektorzy OW NFZ skierowali do Prezesa Funduszu 37 wniosków o wyrażenie zgody na zawarcie umowy na okres dłuższy niż trzy lata oraz 33 wnioski

o zgodę na przedłużenie wcześniej zawartych umów. Prezes NFZ w 33 sprawach wyraził zgodę na zawarcie umowy na okres dłuższy niż trzy lata, a w 15 sprawach na przedłużenie umów.

(dowód: akta kontroli str. 66-68)

Agnieszka Pachciarz, Prezes NFZ wyjaśniła, że decyzja dotycząca zgody na zawarcie umowy na czas dłuższy niż trzy lata podejmowana jest na podstawie analizy zasadności wniosku dokonywanej przez Prezesa lub przez pracowników komórki organizacyjnej odpowiedniej ze względu na rodzaj świadczeń. Ocena wniosku jest przygotowywana przez właściwy pion merytoryczny. Składane wnioski wymagają dokładnego uzasadnienia, a w przypadku jego braku oddziały obecnie są proszone o ich uzupełnienie.

(dowód: akta kontroli str. 562-570)

Badaniem objęto 10 spraw<sup>7</sup> o wyrażenie zgody na zawarcie umów (sześć wniosków) lub przedłużenie okresu ich obowiązywania (cztery wnioski) na okres dłuższy niż trzy lata. Wnioski te dotyczyły umów w poszczególnych rodzajach/zakresach, bez wskazania konkretnych świadczeniodawców. W badanych sprawach dyrektorzy OW NFZ uzasadniali złożenie wniosku między innymi: prośbą wojewody (w przypadku umów w rodzaju ratownictwo medyczne), wejściem w życie przepisów dotyczących refundacji leków<sup>8</sup>, niemożnością przeprowadzenia postępowania przed zakończeniem obowiązywania umów lub ujednoczeniem okresu obowiązywania umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. W czterech analizowanych sprawach Prezes NFZ nie wyraził zgody na przedłużenie okresu obowiązywania zawartych umów, przy czym w trzech z nich<sup>9</sup> zarówno w piśmie informującym o odmowie wyrażenia zgody, jak i w aktach sprawy brak było uzasadnienia.

W sprawie CF/DSOZ/2012/075/1896/W/30324/MKI dyrektor Wielkopolskiego OW NFZ złożył wniosek o wyrażenie zgody na zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień na lata 2013-2016, tj. na okres dłuższy niż 3 lata. Prezes Funduszu nie wyraził zgody, wskazując w uzasadnieniu, że zgoda na podstawie art. 156 ustawy o świadczeniach 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.

(dowód: akta kontroli str. 62-65, 69-97)

Agnieszka Pachciarz, Prezes NFZ wyjaśniła, że składanie wniosków dotyczących umów zawieranych w poszczególnych rodzajach lub zakresach świadczeń, co do zasady jest dopuszczalne. Analizowany przykład zajęcia innego stanowiska jest przypadkiem jednostkowym, wynikającym z niezręcznego sformułowania argumentacji oddziału. Przy rozpatrywaniu tego wniosku brakowało bowiem faktycznych przesłanek do wydania zgody na przedłużenie okresu obowiązywania wszystkich potencjalnie możliwych do zawarcia umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, gdyż ogólna zgoda dla wszystkich podmiotów nie mogła być udzielona.

Pismem z 26 lipca 2011 r. Prezes Funduszu wyraził zgodę na zawarcie nowych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na okres pięciu lat, we wskazanych w złożonym przez dyrektora Podlaskiego OW NFZ wniosku zakresach, pomimo że wniosek ten nie zawierał uzasadnienia dla wydłużenia terminu<sup>10</sup>.

<sup>7</sup> Sprawy: NFZ/CF/GPF/2011/077/0019/W/09078/RPA, NFZ/CF/GPF/2011/077/0042/W/19099/RPA, NFZ/CF/GPF/2011/077/0019/W/19859/RPA, NFZ/CF/GPF/2011/077/0047/W/21662/SCZ, NFZ/CF/GPF/2011/077/0048/W/22137/SCZ, NFZ/CF/GPF/2011/077/0113/W/30219/SCZ, NFZ/CF/GPF/2011/077/0116/W/31371/SCZ, NFZ/CF/DSOZ/2012/075/1311/W/17585/KLA, CF/DSOZ/2012/075/1896/W/30324/MKI, NFZ/CF/DSOZ/2012/075/2000/W/32380/AJA.

<sup>8</sup> Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696 ze zm.).

<sup>9</sup> Oznaczenie spraw: NFZ/CF/GPF/2011/077/0047/W/21662/SCZ, NFZ/CF/GPF/2011/077/0048/W/22137/SCZ, NFZ/CF/GPF/2011/077/0113/W/30219/SCZ.

<sup>10</sup> Oznaczenie sprawy: NFZ/CF/GPF/2011/077/0042/W/19099/RPA.

Agnieszka Pachciarz, Prezes NFZ wyjaśniła, że analiza dokumentacji nie wykazała istnienia innych dokumentów w sprawie niż wnioski dyrektora oddziału, a ówczesny Prezes NFZ nie uzasadnił swojej decyzji.

(dowód: akta kontroli str. 562-570)

W latach 2011-2012 oddziały przesyłały do Prezesa Funduszu łącznie 356 informacji o zamiarze przeprowadzenia dodatkowych postępowań w związku ze zmniejszeniem się (w wyniku przeprowadzonego postępowania w trybie konkursu ofert) dostępu do świadczeń gwarantowanych w danym zakresie w stosunku do roku poprzedniego.

(dowód: akta kontroli str. 236-240)

Agnieszka Pachciarz, Prezes NFZ wyjaśniła, że właściwe departamenty Centrali NFZ na bieżąco analizowały informacje o zamiarze przeprowadzenia postępowań w trybie art. 161b ustawy o świadczeniach. W sytuacjach wzbudzających wątpliwości oddziały były proszone o przedstawienie dodatkowych informacji. W celu ujednoczenia działań w Procedurze wprowadzono wzór powiadomienia o zamiarze ogłoszenia postępowania w trybie art. 161b ww. ustawy.

(dowód: akta kontroli str. 244-247)

Kontrole NIK prowadzone w poszczególnych oddziałach wykazały niejednolity sposób prowadzenia postępowań dodatkowych (uzupełniających). W trakcie kontroli NIK stwierdzono prowadzenie postępowań dodatkowych z pominięciem art. 161b ustawy o świadczeniach, w sytuacji w której na danym obszarze w wyniku postępowania konkursowego nastąpiło zmniejszenie dostępu do świadczeń w danym zakresie.

Małopolski OW NFZ w związku z niezakontraktowaniem w grudniu 2010 r. w konkursach głównych w rodzaju AOS zaplanowanej liczby świadczeń, powołując się na art. 144 pkt 2 ustawy o świadczeniach ogłosił 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. W ocenie NIK, we wniosku będącym podstawą przeprowadzenia 82 postępowań w trybie rokowań nie zostały wykazane przesłanki uzasadniające wybór tego trybu, tj. „pilna potrzeba, której wcześniej nie można było przewidzieć”<sup>11</sup>. Ponadto przeprowadzenie dla części oferentów w rodzaju AOS rokowań, a dla części - postępowania w drodze konkursu, stanowiło naruszenie zasady równego traktowania oferentów, o której mowa w art. 134 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

(dowód: akta kontroli str. 956-1041)

Ustalone  
nieprawidłowości

Analiza 10 spraw prowadzonych w związku ze skierowanym do Prezesa Funduszu wnioskiem 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 z nich nie wyrażono zgody na przedłużenie okresu obowiązywania zawartych umów, przy czym w trzech z nich<sup>12</sup> zarówno w piśmie informującym o odmowie wyrażenia zgody na przedłużenie, jak i w aktach sprawy brak było uzasadnienia odmowy. W jednej ze spraw nie wyrażono zgody na zawarcie umowy na okres dłuższy niż 3 lata, wskazując że zgoda wyrażana na podstawie art. 156 ustawy o świadczeniach 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.

(dowód: akta kontroli str. 66-68, 562-570)

<sup>11</sup> Kontrola R/12/007 – Kontraktowanie i wydatkowanie środków publicznych na świadczenia opieki zdrowotnej w województwie małopolskim w latach 2009-2012, wystąpienie pokontrolne LKR-4110-01-01/2012 z 12 marca 2013 r.

<sup>12</sup> Oznaczenie spraw: NFZ/CF/GPF/2011/077/0047/W/21662/SCZ, NFZ/CF/GPF/2011/077/0048/W/22137/SCZ, NFZ/CF/GPF/2011/077/0113/W/30219/SCZ.

W ocenie NIK kumulacja konkursów zwiększa ryzyko wystąpienia błędów w prowadzonych postępowaniach. O negatywnym wpływie kumulacji na prowadzone postępowania świadczą również wyniki kontroli przeprowadzonych przez NIK w oddziałach wojewódzkich NFZ. Przykładowo w świętokrzyskim oddziale wojewódzkim na spotkania oferenci byli zapraszani w odstępie kilku minut, lub nawet na tę samą godzinę, a negocjacje prowadził ten sam zespół. W większości kontrolowanych oddziałów negocjacje odbywały się również w godzinach nocnych, a z uwagi na dużą liczbę postępowań dyrektorzy tych oddziałów zezwalali na odstępstwo od procedury polegające na nieprzeprowadzaniu kontroli nowych oferentów oraz kontroli w zakresie powtarzalności personelu wykazanego w poszczególnych ofertach. Uzasadnieniem odstępstwa od przyjętej procedury było zagrożenie niedotrzymania terminów przy zawieraniu umów. W ocenie NIK kumulacja postępowań może skutkować również dużym obciążeniem pracowników oddziału i koniecznością zaangażowania w pracę przy kontraktowaniu także pracowników innych komórek organizacyjnych. Potwierdzają to też wyniki kontroli *Prowadzenie kontroli świadczeniodawców oraz weryfikacja wykonania zakontraktowanych świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia*<sup>13</sup>, w wyniku której stwierdzono między innymi, że w 2010 r. w oddziale wojewódzkim NFZ w Kielcach z działu kontroli do kontraktowania oddelegowano na okres 2,5 miesiąca 10 z 16 osób tam zatrudnionych.

## 1.2. Opracowywanie Procedur oraz wybranych zarządzeń Prezesa NFZ

Badaniem objęto prace nad wdrażaniem zarządzeń w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne<sup>14</sup>, ambulatoryjna opieka specjalistyczna<sup>15</sup>, rehabilitacja lecznicza<sup>16</sup> oraz nocna i świąteczna opieka zdrowotna<sup>17</sup> wydanych przed ogłoszeniem konkursów na 2011 i 2012 r. oraz zarządzeń w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń<sup>18</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 385-387)

Pismem z 28 kwietnia 2010 r.<sup>19</sup> Prezes NFZ przekazał Ministrowi Zdrowia harmonogram realizacji poszczególnych zadań w procesie przygotowania kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej na rok 2011, który w ocenie Funduszu powinien umożliwić skuteczne zawarcie umów do końca 2010 r. Prawidłowy i zgodny z założeniami przebieg kontraktowania uzależniono m.in. od terminowego zakończenia prac legislacyjnych w zakresie nowelizacji odpowiednich rozporządzeń Ministra Zdrowia. W załączniku do pisma<sup>20</sup> wskazano, że przygotowanie i publikacja projektów rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w poszczególnych zakresach świadczeń (dalej: *rozporządzenia koszykowe*) powinna nastąpić do 1 czerwca 2010 r., a rozporządzeń do 22 czerwca 2010 r. Opublikowanie zarządzeń Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w poszczególnych rodzajach świadczeń, stosownie do harmonogramu, powinno nastąpić do 30 lipca 2010 r.

(dowód: akta kontroli str. 389-402)

<sup>13</sup> P/12/142.

<sup>14</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 – dalej: *zarządzenie nr 72/2011/DSOZ*.

<sup>15</sup> Zarządzenie nr 29/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 14 czerwca 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz zarządzenie nr 81/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 4 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna – dalej odpowiednio: *zarządzenie nr 29/2011/DSOZ* i *zarządzenie nr 81/2011/DSOZ*.

<sup>16</sup> Zarządzenie nr 53/2010/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 2 września 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: rehabilitacja lecznicza – dalej: *zarządzenie nr 53/2010/DSOZ*.

<sup>17</sup> Zarządzenie nr 85/2010/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 23 grudnia 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej – dalej: *zarządzenie nr 85/2010/DSOZ*.

<sup>18</sup> 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 udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej – dalej: *zarządzenie nr 54/2011/DSOZ*.

<sup>19</sup> Znak: CF/DSOZ/2010/073/0257/W/08774/DD.

<sup>20</sup> Ramowy harmonogram procesu zawierania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych na rok 2011.

Agnieszka Pachciarz, Prezes NFZ oświadczyła, że: *dotrzymanie zawartych w harmonogramach terminów należy uznać za kluczowe dla skutecznego przeprowadzenia konkursów ofert. Odnosi się to w szczególności do terminów opracowania i publikacji aktów prawnych stanowiących podstawę przygotowania przez Prezesa Funduszu regulacji w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji w poszczególnych rodzajach świadczeń oraz kryteriów oceny ofert.*

(dowód: akta kontroli str. 251-256)

Zarządzenie nr 53/2010/DSOZ opublikowano 2 września 2010 r. i weszło w życie z mocą obowiązującą od 1 października 2010 r. Regulowało kwestie związane z finansowaniem i rozliczaniem udzielonych świadczeń, wprowadzając system rozliczeń Jednorodnych Grup Pacjentów (dalej: JGP) w zakresie rehabilitacji neurologicznej i kardiologicznej w warunkach stacjonarnych.

Dariusz Dziełak, p.o. Dyrektora DSOZ wyjaśnił, że: *ramowy harmonogram procesu zawierania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych na 2011 r. był dokumentem wyznaczającym pożądaną przez Centralę NFZ sekwencję procesów i działań. Z różnych przyczyn spełnienie wszystkich jego punktów nie jest możliwe do realizacji w założonych terminach, np. w wyniku późniejszego niż w omawianym harmonogramie opublikowania „rozporządzeń koszykowych”, których materia jest poza kompetencjami Funduszu (...) zgodnie z planem pracy Narodowego Funduszu Zdrowia na 2010 r. przyjętym przez Radę Funduszu, określenie warunków zawierania i realizacji umów na 2011 rok, zarówno w leczeniu uzdrowiskowym, jak i w poszczególnych rodzajach świadczeń prowadzonych przez DSOZ (w tym: leczenie stomatologiczne i rehabilitacja lecznicza) miało nastąpić do 30 września 2010 r.*

(dowód: akta kontroli str. 942-943, 950-955)

Zarządzenie nr 85/2010/DSOZ opublikowano w związku z ustawą z dnia 29 października 2010 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o świadczeniu pieniężnym i uprawnieniach przysługujących cywilnym niewidomym ofiarom działań wojennych<sup>21</sup>. Zarządzenie opublikowano 23 grudnia 2010 r., tj. 22 dni po opublikowaniu ww. ustawy.

(dowód: akta kontroli str. 279-285, 327-336, 385-387)

W 2011 r. Fundusz opracował ramowy harmonogram postępowań na 2012 r., w którym wskazano, że przygotowanie i publikacja projektów rozporządzeń koszykowych powinna nastąpić do 1 czerwca 2011, a publikacja rozporządzeń do 27 czerwca 2011 r. Publikacja zarządzeń Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w poszczególnych rodzajach świadczeń, stosownie do harmonogramu, powinna nastąpić do 23 sierpnia 2011 r. Fundusz nie przekazał do Ministerstwa Zdrowia ww. harmonogramu.

Prezes Funduszu wyjaśniła, że w roku 2011 nie zaistniały przesłanki do istotnej zmiany opracowanego rok wcześniej harmonogramu oraz że informacje w nim zawarte znane są w resorcie zdrowia i nie wymagają corocznego przypominania.

(dowód: akta kontroli str. 389, 402-409, 418-421)

Zarządzenie nr 29/2011/DSOZ wydano w związku z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2011 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej<sup>22</sup>, a opublikowano 14 czerwca 2011 r. (14 dni po publikacji rozporządzenia).

Zarządzenie nr 81/2011/DSOZ wydano w związku z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 października 2011 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej<sup>23</sup>. Opublikowano je jeden dzień po publikacji rozporządzenia (4 listopada 2011 r.), a jego przepisy miały zastosowanie do postępowań w sprawie zawarcia lub zmiany umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, począwszy od umów zawieranych na 2012 r. Rozporządzenie stanowiące podstawę wydania zarządzenia nr 81/2011/DSOZ opublikowano 123 dni po terminie określonym przez Fundusz w ramowym harmonogramie postępowań na 2012 r.

<sup>21</sup> Dz. U. Nr 225, poz. 1465.

<sup>22</sup> Dz. U. Nr 111, poz. 653.

<sup>23</sup> Dz. U. Nr 235, poz. 1394.

Zarządzenie nr 72/2011/DSOZ wydano w związku z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2011 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego<sup>24</sup>. Opublikowano je 23 dni po publikacji rozporządzenia (20 października 2011 r.), a jego przepisy miały zastosowanie do postępowań w sprawie zawarcia lub zmiany umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, począwszy od umów zawieranych na 2012 r. Rozporządzenie stanowiące podstawę wydania zarządzenia nr 81/2011/DSOZ opublikowano 80 dni po terminie określonym przez Fundusz w ramowym harmonogramie postępowań na 2012 r.

(dowód: akta kontroli str. 385-387)

Agnieszka Pachciarz, Prezes NFZ wyjaśniła, że projekt ramowego harmonogramu postępowań został wstępnie zaktualizowany na 2013 r., jednak ze względu na niewielką liczbę planowanych konkursów ofert pozostał w fazie projektu. Prezes NFZ wyjaśniła również, że w celu stworzenia warunków do przeprowadzania procesu zawierania umów zwróciła się do Ministra Zdrowia<sup>25</sup> o niewprowadzenie do końca 2012 r. regulacji prawnych, które mogłyby opóźnić lub wręcz uniemożliwić skuteczne zakontraktowanie przez NFZ świadczeń na 2013 r. Pomimo powyższego pisma, Minister Zdrowia wydał 6 grudnia 2012 r. rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych, które weszło w życie 7 grudnia 2012 r. z mocą obowiązującą od 1 lipca 2012 r.<sup>26</sup>

(dowód: akta kontroli str. 257-261, 269-277, 385-387, 389, 410)

Warunki dodatkowo oceniane przedstawione w zarządzeniach Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów zamieszczane są w zarządzeniach Prezesa NFZ w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w celu ich uszczegółowienia.

Zarządzenie nr 54/2011/DSOZ wydano 30 września 2011 r., w związku z sukcesywną publikacją zarządzeń Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne-chemioterapia, rehabilitacja lecznicza, programy profilaktyczne, ratownictwo medyczne, pomoc doraźna i transport sanitarny. Powyższe zarządzenia były zmieniane wielokrotnie w ciągu roku między innymi w związku z wejściem w życie rozporządzeń Ministra Zdrowia zmieniających rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych. Kryteria oceny ofert dla postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, określone w zarządzeniu nr 54/2011/DSOZ dotyczyły świadczeń udzielanych od 1 stycznia 2012 r.

(dowód: akta kontroli str.379-388)

Przed wydaniem analizowanych zarządzeń, stosownie do art. 146 ust. 2 ustawy o świadczeniach, Prezes Funduszu zwracał się o opinie do właściwych konsultantów krajowych oraz do reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców. Projekty zarządzeń były również udostępniane na stronie internetowej Centrali NFZ. Uwagi do projektów zarządzeń były przekazywane również przez poszczególne OW NFZ. Przykładowo w ramach konsultacji społecznych projektu zarządzenia nr 29/2011/DSOZ Centrala Funduszu otrzymała ponad 190 wniosków zawierających uwagi do przedłożonego projektu.

(dowód: akta kontroli str.262-268, 272-275, 278)

W okresie objętym kontrolą w Funduszu obowiązywały Procedury wersja 5.6 dla świadczeń kontraktowanych na 2011 r. i 5.9 dla świadczeń kontraktowanych na 2012 r.

Prace nad Procedurą 5.6 rozpoczęto w lipcu 2010 r. po wejściu w życie ustawy z dnia 23 lipca 2010 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>27</sup>. Prezes NFZ pismem<sup>28</sup> z 1 września 2010 r. poinformował dyrektorów OW NFZ o wprowadzeniu Procedury w wersji 5.6 i zamieszczeniu jej na stronie intranetowej.

W czerwcu 2011 r. Fundusz rozpoczął pracę nad wprowadzeniem nowej Procedury w wersji 5.9. Prace nad nową Procedurą rozpoczęto w związku z wejściem w życie ustawy

<sup>24</sup> Dz. U. Nr 202, poz. 1191.

<sup>25</sup> Pismo znak: NFZ/CF/DSOZ/2012/073/0522/W/26659/DD z dnia 12 października 2012 r.

<sup>26</sup> Część załącznika dotycząca programu leczenia dzieci ze śpiączką weszła w życie 1 stycznia 2013 r.

<sup>27</sup> Dz. U. Nr 165, poz. 1116.

<sup>28</sup> znak: CF/DSOZ/KAC/2010/075/0830/W/18141.

z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej<sup>29</sup>. Pismem z 29 września 2011 r. Prezes NFZ poinformował dyrektorów oddziałów o wprowadzeniu Procedury w wersji 5.9 oraz zamieszczeniu jej na stronie intranetowej NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 412-414)

W sprawie późnego przekazywania Procedur do oddziałów Agnieszka Pachciarz, Prezes Funduszu wyjaśniła, że dyrektorzy OW NFZ są zapoznawani z założeniami i kierunkami zmian w Procedurach, a ostateczny kształt Procedur to kompromis pomiędzy przyjętymi założeniami o charakterze merytorycznym, a technicznymi i organizacyjnymi możliwościami ich realizacji, szczególnie w aspekcie informatycznym.

(dowód: akta kontroli str. 236-240, 418-421)

Ustalone  
nieprawidłowości

W badanych Procedurach (wersja 5.6 i 5.9) nie uwzględniono elementów porównywania ofert pod względem kalkulacji kosztów, o którym mowa w art. 148 ust. 2 ustawy o świadczeniach. Stosownie do wskazanego przepisu porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obejmuje między innymi cenę i liczbę oferowanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz kalkulacje kosztów. Zgodnie z Procedurami analiza oferowanej liczby i ceny świadczeń w kontekście potencjału oferenta i wymagań jakościowych polega m.in. na ocenie czy oferta nie zawiera ceny rażąco niskiej przedmiotu zamówienia. Komisja wzywa oferenta do udzielenia wyjaśnień dotyczących elementów mających wpływ na wysokość ceny oraz przedstawienie kalkulacji ceny ofertowej w odniesieniu do przedmiotu zamówienia wyłącznie w przypadku stwierdzenia rażąco niskiej ceny.

Procedury 5.6 i 5.9 zostały wprowadzone przez Jacka Paszkiewicza, ówczesnego Prezesa NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 200-201)

Agnieszka Pachciarz, Prezes NFZ wyjaśniła, że obowiązek przedstawiania kalkulacji kosztów dla każdej oferty i ich każdorazowe porównywanie przez komisję konkursową nie znajduje uzasadnienia, gdyż zgodnie z przepisem art. 142 ustawy o świadczeniach, to cena jest elementem oferty, który może być negocjowany i zarazem bezpośrednio wpływa na końcową ocenę i ewentualny wybór oferty. Jednocześnie w celu potwierdzenia wiarygodności oferty cenowej komisja konkursowa w określonych przypadkach może żądać przedstawienia kalkulacji kosztów. W ocenie Funduszu takie działanie wypełnia obowiązki zawarte w przepisie art. 148 pkt. 2 ustawy o świadczeniach.

NIK nie podziela powyższej argumentacji zaznaczając, że stosownie do 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. Z kolei z art. 148 tej ustawy wynika, że porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obejmuje między innymi cenę i liczbę oferowanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz kalkulację kosztów. NIK zwraca również uwagę, że przedstawiane w trakcie prowadzonych postępowań konkursowych kalkulacje kosztów mogłyby być wykorzystywane przez Fundusz między innymi przy wycenie poszczególnych świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 244-247)

### **1.3. Wdrażanie oprogramowania informatycznego do prowadzenia postępowań konkursowych i oceny ofert**

Przedmiotem zawartych w latach 2010-2012 umów z dostawcami oprogramowania (Global Services Sp. z o.o. i Kamssoft S.A.) było świadczenie usług subskrypcji oraz usług konserwacji oprogramowania obejmujących między innymi usługi konsultacji i doradztwa, których przedmiotem było między innymi prowadzenie dla użytkowników i administratorów szkoleń i prezentacji z zakresu oprogramowania.

(dowód: akta kontroli str. 19-28)

---

<sup>29</sup> Dz. U. Nr 112, poz. 654.

W dniu 18 sierpnia 2010 r. Centrala NFZ przekazała Kamssoft S.A. zlecenie dotyczące dokonania zmiany w Systemie Informatycznym Oddziału Wojewódzkiego (dalej: S/OW) w zakresie obsługi postępowań o zawarcie umów na 2011 r. Zlecenie dotyczyło wykonania zmian w zakresie obsługi pracy komisji konkursowych w procesie zawierania umów na udzielanie świadczeń. Pozytywny wynik testów akceptacyjnych, przeprowadzony w dniach 27-28 września 2010 r. w Podlaskim OW NFZ pozwolił na udostępnienie do oddziałów głównej i ostatniej aktualizacji systemu informatycznego, co miało miejsce w dniu 30 września 2010 r. Przekazanie do OW NFZ wcześniejszych, etapowych aktualizacji systemu miało miejsce w dniach 8, 16, 17, 22, 23, 24, września 2010 r., co umożliwiło oddziałom rozpoczęcie procesu kontraktowania przed udostępnieniem ostatniej aktualizacji systemu.

(dowód: akta kontroli str. 415-417)

W zakresie terminów udostępniania oprogramowania oddziałom Agnieszka Pachciarz, Prezes Funduszu wyjaśniła, że proces dostosowania systemów informatycznych do Procedur jest wieloetapowy, dlatego cząstkowe zlecenia modyfikacji oprogramowania jak i terminy odbiorów są dostosowane do terminów rozpoczęcia poszczególnych etapów konkursów ofert.

(dowód: akta kontroli str. 418-421)

Publikacja szablonów postępowań w systemie informatycznym NFZ oznacza ich automatyczne udostępnienie oddziałom. Na 2011 r. szablony dla ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, rehabilitacji leczniczej i leczenia szpitalnego opublikowano 8 września 2010 r. Natomiast dla nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej szablony udostępniono 17 stycznia 2011 r. (publikacja zarządzenia nr 85/2010/DSOZ, przedstawionego w pkt 1.2 niniejszego wystąpienia, nastąpiła 23 grudnia 2010 r.). Na 2012 r. dla nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej oraz rehabilitacji leczniczej szablony opublikowano 4 października 2011 r.<sup>30</sup> Dla AOS szablony udostępniono 4 listopada 2011 r. tj. w dniu, którym Prezes NFZ wydał zarządzenie nr 81/2011/DSOZ. Szablony dotyczące leczenia szpitalnego udostępniono oddziałom 2 listopada 2011 r., a wersja zawierająca warunki dla świadczeń w trybie jednodniowym została opublikowana w dniu wydania zarządzenia nr 90/2011/DSOZ – 13 grudnia 2011 r.

(dowód: akta kontroli str. 249, 250, 257, 258, 269, 270, 279, 280, 327, 385-387)

W okresie od 2010 r. do dnia 15 lutego 2013 r. Centrala Funduszu i oddziały zgłosili do dostawców oprogramowania łącznie 1 854 błędy dotyczące niepoprawnego działania systemu informatycznego. Błędy dotyczyły m.in. głównych systemów dziedzinowych OW NFZ, aplikacji centralnej, portali świadczeniodawców, przeglądarki szablonów i postępowań oraz aplikacji ofertowych.

Dodatkowymi narzędziami i modułami informatycznymi, stosowanymi obok głównych systemów dziedzinowych OW NFZ w przebiegu procesu kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej były: aplikacje centralne (Centralne Zasoby Słownikowe<sup>31</sup> oraz KS SOZAF UZD<sup>32</sup>), przeglądarka szablonów<sup>33</sup>, moduły konkursowe w systemach informatycznych OW NFZ (SI OW)<sup>34</sup>, przeglądarki postępowań, portale świadczeniodawców (portale oddziałowe i centralny SZOI dla uzdrowisk)<sup>35</sup>, aplikacje ofertowe<sup>36</sup> oraz Centralny Monitoring KO<sup>37</sup>.

<sup>30</sup> Termin opublikowania szablonów dla nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej oraz rehabilitacji leczniczej związany był z realizacją 1 etapu wprowadzania zmian w S/OW w zakresie obsługi postępowań o zawarcie umów na 2012 r.

<sup>31</sup> Aplikacja do definiowania słowników wykorzystywanych w kontraktowaniu świadczeń.

<sup>32</sup> Aplikacja do definiowania ankiet, zestawów kryteriów oceny ofert i szablonów postępowań. W tym systemie obsługiwany jest również proces zawierania umów w lecznictwie uzdrowiskowym przez wszystkie OW NFZ.

<sup>33</sup> Aplikacja służąca dla OW NFZ do pobierania szablonów postępowań z Centrali NFZ.

<sup>34</sup> Aplikacja do przygotowania i publikowania definicji postępowań, na podstawie których oferenci i wnioskodawcy przygotowują oferty i wnioski o zawarcie umów o udzielanie świadczeń oraz wspierające prace komisji konkursowych przez cały przebieg procesu kontraktowania, jak również wspierające czynności związane z przygotowaniem umów.

<sup>35</sup> Przeglądarki postępowań i portale świadczeniodawców w procesie kontraktowania służą do rejestracji potencjału świadczeniodawców do wykonywania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wykorzystywane następnie do przygotowania ofert i wniosków o zawarcie umów.

<sup>36</sup> Aplikacje służące oferentom do sporządzenia ofert i wniosków o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Wymienione narzędzia informatyczne były modyfikowane w oparciu między innymi o zmieniające się przepisy prawne.

W badanym okresie nie były wdrażane przez Centralę NFZ żadne inne nowe narzędzia do zastosowania przy kontraktowaniu świadczeń opieki zdrowotnej.

(dowód: akta kontroli str. 425-493)

Na pytanie dlaczego oprogramowanie nie weryfikuje odpowiedzi ankietowych z danymi zawartymi w części opisowej formularza ofertowego Agnieszka Pachciarz, Prezes Funduszu wyjaśniła, że na poziomie Centrali NFZ powstał w 2009 r. prototyp modułu oprogramowania, który bazując na warunkach wymaganych od świadczeniodawców i warunkach dodatkowo ocenianych sprawdzałby ich zgodność z odpowiedziami zawartymi w ankietach. Problemem, który zahamował rozwój modułu było skomplikowanie i czasochłonność jego parametryzacji. Prezes Funduszu zwróciła również uwagę, że ww. metoda mogłaby mieć zastosowanie jedynie w części warunków, których dotyczą pytania ankietowe. W ocenie Prezes NFZ automatyczna weryfikacja ankiet jest słusznym postulatem, ale nie wydaje się możliwa. W przypadku ustabilizowania się regulacji prawnych, w szczególności rozporządzeń koszykowych i zapewnienia odpowiedniego czasu na ich prowadzenie nie można wykluczyć ewentualnego powrotu do rozpoczętych prac.

(dowód: akta kontroli str. 418-421)

Uwagi dotyczące  
badanej działalności

Zdaniem NIK dla zapewnienia właściwej weryfikacji wstępnej oferty, oprogramowanie stosowane w procesie kontraktowania powinno sprawdzać spójność odpowiedzi ankietowych z danymi zawartymi w części opisowej formularza ofertowego.

#### **1.4. Szkolenia w zakresie kontraktowania świadczeń i użytkowania aplikacji informatycznych**

W latach 2010-2012 szkolenia związane z procesem zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej prowadzone były wyłącznie przez dostawców oprogramowania. W okresie objętym kontrolą przeprowadzono trzynaście szkoleń, obejmujących m.in. obsługę systemów informatycznych w zakresie funkcjonalności wspierającej proces kontraktowania świadczeń.

W dniach 9-10 września 2010 r. Global Services Sp. z o.o. w porozumieniu z Centralą NFZ przeprowadziła szkolenie<sup>38</sup> w związku z planowanym kontraktowaniem świadczeń na 2011 r. Szkolenie w takim samym zakresie zostało przeprowadzone 9 września 2010 r. przez Kamsoft S.A.<sup>39</sup>. W dniach 7-8 i 12 października 2010 r. dostawcy oprogramowania przeprowadzili szkolenia z obsługi systemu informatycznego w zakresie realizacji procesu zawierania umów o udzielanie świadczeń, a w dniach 8-9 listopada 2010 r. szkolenia w związku z kontraktowaniem świadczeń na 2011 r. w rodzaju ratownictwo medyczne. W dniu 4 listopada 2011 r. Kamsoft S.A. przeprowadził szkolenie dla pracowników wszystkich oddziałów związane z planowanym kontraktowaniem świadczeń w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe na 2012 r.

W 2012 r. rozpoczęto cykl spotkań szkoleniowych prowadzonych przez Kamsoft S.A. w formie telekonferencji. W 2012 r. przeprowadzono 20 telekonferencji, których przedmiotem były funkcje systemu informatycznego związane z kontraktowaniem świadczeń.

W dniach 7-13 października 2011 r. pracownicy DSOZ przeprowadzili w trzech oddziałach (łódzkim, warmińsko-mazurskim i podlaskim), w których planowana była duża liczba postępowań w sprawie zawarcia umów na 2012 r., spotkania robocze mające na celu zapoznanie przewodniczących komisji konkursowych ze zmianami w Procedurze i omówienie problemów oraz zagrożeń związanych z procesem zawierania umów i rozpatrywania odwołań od rozstrzygnięć komisji konkursowych.

<sup>37</sup> Aplikacja do monitorowania przez Centralę NFZ przebiegu procesu zawierania umów w OW NFZ.

<sup>38</sup> Szkolenie dla pracowników małopolskiego, śląskiego, pomorskiego, podkarpackiego, łódzkiego, opolskiego, lubuskiego i dolnośląskiego OW NFZ, uczestniczących w przeprowadzaniu postępowań w sprawie zawarcia umów oraz pracowników wydziałów informatyki, wspierających proces kontraktowania.

<sup>39</sup> Szkolenie dla pracowników mazowieckiego, podlaskiego, wielkopolskiego, lubelskiego, zachodniopomorskiego, kujawsko-pomorskiego, świętokrzyskiego i warmińsko-mazurskiego OW NFZ.

## **1.5. Nadzór Prezesa Funduszu nad negocjacjami prowadzonymi przez oddziały w toku postępowań konkursowych**

Prowadzenie negocjacji cenowych i ilościowych należy do zadań komisji konkursowych, które stosownie do art. 139 ust. 4 ustawy o świadczeniach powołuje dyrektor oddziału. Centrala Funduszu nie sprawuje bezpośredniego nadzoru nad sposobem prowadzonych przez komisje konkursowe negocjacji z oferentami oraz nie prowadzi analizy porównawczej wyników negocjacji w zakresie ceny i liczby świadczeń.

W Procedurze (wersja 5.6 i 5.9) zdefiniowano i opisano poszczególne etapy postępowania prowadzonego w oddziałach, dotyczące między innymi powołania i prac komisji konkursowych. Procedury zawierają wzory dokumentów sporządzanych przez komisję w celu udokumentowania przeprowadzenia poszczególnych czynności, w tym wzór: zaproszenia do negocjacji, protokołu z negocjacji, protokołu końcowego z negocjacji, rankingu końcowego, protokołu z posiedzenia komisji w części niejawniej, informacji z posiedzenia o rozstrzygnięciu postępowania oraz wniosku o zawarcie umów. W okresie objętym kontrolą Centrala Funduszu nie przekazywała poza Procedurą zaleceń w zakresie prowadzenia negocjacji ze świadczeniodawcami.

Procedura 5.6 określała, że w przypadku negocjacji komisja ma obowiązek przeprowadzenia ich ze wszystkimi oferentami, którzy spełniają wymagane warunki. Procedura 5.9 stanowi, że komisja (z zachowaniem zasad określonych w art. 142 ust. 7 ustawy o świadczeniach) może przeprowadzić negocjacje ze wszystkimi lub z wybranymi oferentami. (dowód: akta kontroli str. 200-201, 251-256)

Agnieszka Pachciarz, Prezes NFZ wyjaśniła, że podstawową przesłanką zmiany Procedury w wersji 5.9 było twierdzenie, że w przypadku niektórych oferentów, obniżenie proponowanej ceny za świadczenie nie zmieni ich pozycji w rankingu ofert, tak więc w ocenie Pani Prezes prowadzenie negocjacji z tymi oferentami jest bezcelowe. Zaznaczyła również, że przyjęte w Procedurze 5.9 rozwiązanie nie stoi w sprzeczności z przepisem art. 142 ust. 6 ustawy o świadczeniach, który nie nakłada na komisje konkursowe obowiązku przeprowadzenia negocjacji ze wszystkimi oferentami.

(dowód: akta kontroli str. 200-201, 236-240)

Kontrola przeprowadzona w oddziałach wykazała, jak w praktyce przebiegały negocjacje. Ze względu na olbrzymią liczbę ofert i czas przeznaczony na przeprowadzenie całego postępowania, czas na ten etap był niekiedy bardzo krótki. W skrajnym przypadku<sup>40</sup> na negocjacje z poszczególnymi podmiotami przeznaczano kilka minut, co wypaczało w ogóle sens podejmowania tego typu czynności. Stwierdzone w trakcie kontroli w oddziałach oraz wskazywane przez świadczeniodawców warunki prowadzenia negocjacji pokazują, że bardzo często miały one charakter propozycji NFZ bez możliwości jej przedyskutowania czy zmiany. Podczas negocjacji oddziały nie przekazywały zasad kalkulacji swojej propozycji, a brak akceptacji ze strony świadczeniodawcy był równoznaczny z niezawarciem umowy. Świadczeniodawcy składający protesty i odwołania zarzucali Funduszowi m.in., że negocjacje to prowadzenie licytacji zmierzającej do obniżenia ceny zaproponowanej w ofercie.

W toku kontroli prowadzonej w oddziałach NFZ poważne zastrzeżenia NIK wzbudził także sposób dokumentowania negocjacji z oferentami:

- z dokumentacji znajdującej się w aktach postępowań nie można było odtworzyć rzeczywistego przebiegu negocjacji, w szczególności negocjacji co do liczby i ceny świadczeń – elementów kluczowych w procesie ustalania warunków ich udzielania;
- brakowało pisemnych uzasadnień propozycji Funduszu przedstawianych w trakcie negocjacji, w tym dla propozycji odbiegających od propozycji ofertowych;
- dokumentowane były jedynie wyniki negocjacji stanowiące podstawę do zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

<sup>40</sup> Kontrola w Świętokrzyskim Oddziale NFZ.

- w kilku przypadkach w dokumentacji postępowań brak było uzasadnienia dlaczego negocjowano jedynie z wybranymi oferentami.

Agnieszka Pachciarz, Prezes NFZ wyjaśniła, że obowiązujące uregulowania prawne nie dają Centrali Funduszu możliwości sprawowania bezpośredniego nadzoru nad sposobem prowadzonych przez komisje konkursowe negocjacji z oferentami. Centrala Funduszu opracowując i przekazując oddziałom Procedurę, określiła wytyczne w sprawie zasad kontraktowania świadczeń, w tym między innymi wytyczne komisji konkursowych w kwestii prowadzenia i dokumentowania negocjacji cenowych i ilościowych prowadzonych w toku postępowań konkursowych/rokowań. Prezes Funduszu wskazała również, że sposób prowadzenia przez komisje konkursowe negocjacji, nadzorowany jest poprzez prowadzenie postępowań odwoławczych w II instancji, gdyż przedmiot badania organu II instancji jest skonkretyzowany do określonego podmiotu (odwołującego się) i do określonych czynności komisji, podejmowanych w stosunku do tego podmiotu, w tym między innymi prawidłowości prowadzonych przez komisję konkursową negocjacji cenowych i ilościowych. Dodatkowo prawidłowość działania komisji konkursowych sprawdzana jest przez Centralę Funduszu w toku prowadzonych w oddziałach postępowań kontrolnych.

(dowód: akta kontroli str. 45-48)

Dariusz Dziełak, p.o. Dyrektora DSOZ wyjaśnił, że głównymi powodami uwzględnienia złożonych przez świadczeniodawców do Prezesa NFZ odwołań od decyzji dyrektorów oddziałów było:

- naruszenie art. 134 ustawy o świadczeniach, polegające na przeprowadzeniu negocjacji cenowych i ilościowych tylko z wybranymi oferentami, z pominięciem oferentów, których oferty zostały zakwalifikowane do części niejawnego postępowania;
- brak podstaw prawnych do odrzucenia oferty przez komisję konkursową;
- niedopełnienie przez organ I instancji obowiązku wynikającego z art. 10 § 1 kpa;
- porównanie przez komisję konkursową oferty nierzetelnie i niezgodnie z art. 148 ust. 2 ustawy o świadczeniach;
- wydanie decyzji organu I instancji z naruszeniem przepisów art. 107 § 1-3 kpa;
- przeprowadzenie postępowania odwoławczego bez należytego wyjaśnienia.

(dowód: akta kontroli str. 942-943, 950-955)

Liczba osób zajmujących się prowadzeniem postępowań odwoławczych w związku ze złożonymi przez świadczeniodawców odwołaniami od decyzji dyrektorów oddziałów w Centrali wynosiła 28 w 2010 r., 45 w 2011r., 38 w 2012 r. oraz 23 w 2013 r.

(dowód: akta kontroli str. 942-943, 950-055)

Uwagi dotyczące badanej działalności

Wyniki kontroli przeprowadzonej w oddziałach NFZ wskazują, że negocjacje są niewralgicznym etapem postępowania konkursowego o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w którym stwierdzono najwięcej nieprawidłowości<sup>41</sup>. Wyniki tych kontroli wskazują także, iż przyczynami tych nieprawidłowości są niejednolite, często arbitralnie podejmowane decyzje i działania dyrektorów oddziałów co do organizacji przebiegu negocjacji. Wprawdzie negocjacje prowadzone mają być na etapie niejawnym i przez niezależne komisje powoływane przez dyrektorów oddziałów, ale zarówno warunki ich działania jak i zasady podejmowania przez nie decyzji, powinny być przejrzyste i zapewniać równe traktowanie wszystkich oferentów.

<sup>41</sup> Wyniki kontroli przedstawione w wystąpieniach pokontrolnych przekazanych dyrektorom: DOW NFZ we Wrocławiu – LWR-27-01/2012 z 25 maja 2013 r., POW NFZ w Białymstoku – LBI-4101-24-01/2012 z 6 maja 2013 r., ŚOW NFZ w Kielcach – LKI-4101-19-01/2012 z 29 maja 2013 r., WOW NFZ w Poznaniu – LPO-4101-01-01/2013 z 22 maja 2013 r., ŚOW NFZ w Katowicach – LOP-4101-01-01/2013 z 24 maja 2013 r.

## **1.6. Rozpatrywanie odwołań oraz skarg na przeprowadzone przez oddziały postępowania konkursowe**

W okresie objętym kontrolą rejestr decyzji Prezesa Funduszu, wydawanych na podstawie art. 154 ust. 6 ustawy o świadczeniach, stosownie do § 4 regulaminu organizacyjnego Centrali NFZ<sup>42</sup>, prowadziły w zakresach swoich kompetencji: DSOZ, Departament Gospodarki Lekami i Departament do Spraw Służb Mundurowych.

(dowód: akta kontroli str. 522-538)

W latach 2011-2012 do Centrali NFZ wpłynęło łącznie 2 417 odwołań po rozpatrzeniu których Prezes NFZ wydał: 1 658 (68,6%) decyzji utrzymujących w mocy zaskarżoną decyzję dyrektora OW NFZ, 238 (9,8%) decyzji uchylających zaskarżoną decyzję i przekazującą 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.

W latach 2011-2012 Prezes NFZ wydał, w związku z otrzymanymi odwołaniami świadczeniodawców od decyzji dyrektorów oddziałów, 2 070 decyzji (85,6% otrzymanych odwołań) po upływie 30-dniowego terminu określonego w art. 154 ust. 6 ustawy o świadczeniach. Decyzje te zostały wydane w terminie od 31 do 379 dni od daty otrzymania odwołania. W 1 153 sprawach decyzje administracyjne zostały wydane po upływie 90 dni od daty otrzymania odwołania.

W latach 2011-2012 Prezes wydał 100 decyzji po terminie określonym w art. 154 ust. 6 ww. ustawy (73 w 2011 r. i 27 w 2012 r.) uchylających zaskarżone decyzje i uwzględniających złożone odwołania (dot. odwołań, które wpłynęły do Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej). Decyzje te zostały wydane po upływie od 32 do 265 dni od daty otrzymania odwołania.

(dowód: akta kontroli str. 32-40)

Analiza spraw, dla których rejestr w latach 2011-2012 prowadził Departament do Spraw Służb Mundurowych wykazała, że w 49 z 59 spraw, w których decyzji nie wydano w terminie określonym w art. 154 ust. 6 ustawy o świadczeniach, poinformowano oferenta, stosownie do art. 36 kpa, o niezalutwieniu sprawy w terminie i ustalono nowy termin zalutwienia sprawy, wskazując że niezalutwienie sprawy w ustawowym terminie wynikało przede wszystkim z konieczności umożliwienia stronie postępowania skorzystania z uprawnień wynikających z art. 10 kpa, tj. prawa do wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz zgłoszonych żądań, lub z konieczności wezwania strony do uzupełnienia braków dokumentacji sprawy.

(dowód: akta kontroli str. 32-35)

W 2011 r. do NFZ wpłynęło 5 751 skarg i wniosków, z czego rozpatrzono 5 093, w tym 791 w Centrali Funduszu. W 2011 r. rozpatrzono 3 820 skarg i dwa wnioski dotyczące świadczeniodawców oraz 1 268 skarg i trzy wnioski związane z obsługą patentów. W ogólnej liczbie skarg rozpatrzonych w Centrali Funduszu i oddziałach, które dotyczyły działalności NFZ największy odsetek (67%) stanowiły skargi na brak umowy ze świadczeniodawcami o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Aż 60,1% rozpatrzonych skarg uznanych zostało za niezasadne, a 16,8% za częściowo niezasadne. Wśród skarg rozpatrzonych jako niezasadne największy procent stanowiły skargi dotyczące między innymi protestów świadczeniobiorców w związku z niepodpisaniem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej pomiędzy świadczeniodawcą, a NFZ.

Z informacji przedstawionych w sprawozdaniu ze skarg i wniosków zgłaszanych przez patentów do oddziałów i Centrali NFZ w 2011 r. wynika, że wzrost liczby skarg na działalność Funduszu w 2011 r. wynikał z niezadowolenia świadczeniodawców w związku z niepodpisaniem umów na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i organizowaniem przez nich akcji składania przez świadczeniobiorców skarg na działanie NFZ.

<sup>42</sup> W okresie od 1 lipca 2010 do 31 września 2011 r. obowiązywał regulamin organizacyjny Centrali NFZ wprowadzony zarządzeniem nr 29/2010/GPF Prezesa NFZ z dnia 1 lipca 2010 r., a od 1 października 2011 r. obowiązuje regulamin wprowadzony zarządzeniem nr 49/2011/GPF Prezesa NFZ z dnia 21 września 2011 r.

(dowód: akta kontroli str. 202-229)

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.

W okresie objętym kontrolą Centrala NFZ nie uczestniczyła w postępowaniach cywilnych o odszkodowanie za nieprawidłowości w kontraktowaniu.

(dowód: akta kontroli str. 41-44)

Ustalone  
nieprawidłowości

Analiza dziesięciu spraw prowadzonych w związku ze skierowanymi przez dyrektorów oddziałów odwołaniami w trybie art. 154 ust. 6 ustawy o świadczeniach wykazała, że w jednym przypadku decyzję wydano po upływie 45 dni<sup>43</sup> od przekazania odwołania do Prezesa NFZ nie informując oferenta o wyznaczeniu nowego terminu zakończenia sprawy, a w pozostałych dziewięciu sprawach decyzje wydawano w terminie od 278 do 299 dni<sup>44</sup>. W ośmiu sprawach termin wydania decyzji przez Prezesa NFZ był co najmniej trzykrotnie zmieniany na podstawie art. 36 ust. 1 kpa. Pomimo ustalenia nowych terminów załatwienia spraw w ośmiu wyżej opisanych przypadkach nie dotrzymano tych terminów, a Prezes NFZ wydał decyzje od 13 do 65 dni po upływie nowego terminu wskazanego na załatwienie sprawy. Przykładowo, w sprawie nr 06-11-000380/AOS/02/1/1 odwołanie od decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ w Krakowie (wraz ze stanowiskiem oddziału) wpłynęło do Centrali Funduszu 16 marca 2011 r. W dniu 20 kwietnia 2011 r., tj. 5 dni po upływie terminu wynikającego z art. 154 ust. 6 ustawy o świadczeniach, Fundusz skierował do oferenta zawiadomienie o nowym terminie załatwienia sprawy (jeden miesiąc od daty otrzymania pisma) uzasadniając wyznaczenie nowego terminu koniecznością umożliwienia stronie skorzystania z prawa do wypowiedzenia się co do zebranych dowodów i materiałów oraz znaczną liczbą otrzymanych przez Prezesa NFZ odwołań. Sześć dni później zawiadomiono oferenta o możliwości zapoznania się z zebranymi dowodami i materiałami oraz o prawie do wypowiedzenia się. W dniach 19 maja i 19 sierpnia skierowano do oferenta kolejne pisma informujące o nowym terminie załatwienia sprawy (3 miesiące od daty otrzymania zawiadomienia) każdorazowo uzasadniając je dużą liczbą otrzymanych przez Prezesa NFZ odwołań oraz ograniczonymi możliwościami kadrowymi. W dniu 22 grudnia, tj. 281 dni od daty wpływu odwołania do Centrali Funduszu, Prezes wydał decyzję utrzymującą w mocy zaskarżoną decyzję dyrektora oddziału. W aktach sprawy znajdują się wyłącznie pisma informujące oferenta o możliwości zapoznania się z zebranymi dowodami i materiałami oraz informujące o wyznaczeniu nowego terminu na załatwienie sprawy.

(dowód: akta kontroli str. 29-31, 494-521)

Agnieszka Pachciarz, Prezes NFZ wyjaśniła, że w trakcie rozpatrywania odwołań przez organ II instancji istnieje obowiązek zapewnienia stronom czynnego udziału w postępowaniu przed wydaniem decyzji, ponadto większość spraw wymaga wnikliwej analizy ze względu na swój skomplikowany charakter. Powyższe działania, w opinii Prezesa NFZ nie pozwalają na rozpatrzenie spraw w ciągu 30 dni. Dodatkowo Pani Prezes podkreśliła, że Fundusz dysponuje ograniczonymi możliwościami kadrowymi, co również wpływa na niedotrzymanie 30 dniowego terminu na wydanie decyzji administracyjnej. Przypadki niezakończonych spraw także w nowo wyznaczonym terminie wynikały przede wszystkim ze szczególnie trudnej sytuacji, która miała miejsce w związku z przeprowadzonymi przez OW NFZ postępowaniami konkursowymi/rokowaniami na rok 2011 i lata następne oraz złożonymi do organu II instancji odwołaniami w liczbie ok. 1300,

<sup>43</sup> Sprawa o nr kancelaryjnym P/09816. Odwołanie od decyzji dyrektora małopolskiego OW, która wcześniej decyzją Prezesa NFZ nr 1398/2011/DOSZ została skierowana do ponownego rozpatrzenia.

<sup>44</sup> P/11380 po 251 dniach, P/09464 po 259 dniach, P/11818 po 248 dniach, P/12143 po 253 dniach, P/11793 po 269 dniach, P/11994 po 249 dniach, P/09370 po 257, P/11113 po 250 dniach i P/11805 po 269 dniach.

co skutkowało koniecznością przygotowania podobnie dużej liczby decyzji Prezesa Funduszu.

(dowód: akta kontroli str. 236-240)

Uwagi dotyczące  
badanej działalności

W latach 2011-2012 Prezes NFZ wydał, po terminie określonym w art. 154 ust. 6 ustawy o świadczeniach, 101 decyzji uchylających zaskarżone decyzje i uwzględniających złożone odwołania. Decyzje te zostały wydane po upływie od 32 do 265 dni od daty otrzymania odwołania. Przykładowo decyzja Prezesa NFZ nr 1397/2011/DSOZ uchylająca zaskarżoną decyzję i przekazująca sprawę do ponownego rozpatrzenia organowi I instancji została wydana 21 grudnia 2011 r., pomimo, że odwołanie oferenta wraz z uzasadnieniem wpłynęło do Centrali Funduszu 8 marca 2011 r. W aktach sprawy znajduje się wezwanie z 5 kwietnia 2011 r. do uzupełnienia braków formalno-prawnych oraz pisma informujące oferenta o możliwości zapoznania się z zebranymi dowodami i materiałami, jak również o wyznaczeniu nowego terminu na załatwienie sprawy.

NIK zwraca uwagę, że stosownie do art. 154 ust. 7 ustawy o świadczeniach w przypadku uwzględnienia odwołania istnieje obowiązek ponownego przeprowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, dlatego postępowania te powinny być przeprowadzane w możliwie najkrótszym czasie.

NIK zwraca również uwagę na długi termin pomiędzy złożeniem odwołania przez oferenta, a jego wpływem do Centrali Funduszu. Analiza wykazała, że składane przez oferentów odwołania do Prezesa NFZ były przekazywane do Centrali Funduszu z OW NFZ w terminach od 14 do 57 dni od wpływu odwołania do poszczególnych oddziałów.

## **2. Wycena świadczeń zdrowotnych i ustalanie ceny jednostek rozliczeniowych stanowiących podstawę do zakontraktowania świadczeń**

Opis stanu  
faktycznego

### **2.1. Sposób oszacowania wartości jednostki rozliczeniowej i wyceny punktowej wybranych świadczeń zdrowotnych**

Oszacowanie wartości jednostki rozliczeniowej (punktu) w kontraktowaniu oddziałów szpitalnych na 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 oraz na podstawie założeń o podobnym kształtowaniu się liczby wykonanych punktów w kolejnym roku. Ze względu na zmianę sposobu punktacji i wyceny świadczeń szpitalnych w I połowie 2008 r. przeliczono na system JGP (uwzględniając między innymi wzrost liczby punktów o 11,07%) punktację przed wprowadzeniem JGP. Kwotę przewidzianą w planach zakupu przez dyrektorów oddziałów na sfinansowanie w roku 2009 świadczeń szpitalnych finansowanych z wykorzystaniem punktu podzielono przez szacowaną liczbę punktów do zakontraktowania na 2009 r. uzyskując w ten sposób wartość ceny punktu 51 zł.

Na rok 2010 i 2011 wartość jednostki rozliczeniowej (punktu) w kontraktowaniu oddziałów szpitalnych została utrzymana na poziomie obliczonym na rok 2009. W trakcie kontroli nie przedstawiono dokumentów poświadczających dokonywanie w latach 2010-2013 weryfikacji wartości ceny punktu.

(dowód: akta kontroli str. 120-179, 241-243)

Agnieszka Pachciarz, Prezes NFZ wyjaśniła, że wprowadzony w połowie 2008 roku system JGP w kolejnych latach podlegał rozwojowi i modyfikacji, w szczególności w zakresie wyceny punktowej poszczególnych grup. W większości przypadków zwiększano wyceny niedoszacowanych grup, co m.in. skutkowało ogólnym wzrostem średniej wyceny jednej hospitalizacji i jej wartości wyrażonej w złotych.

Pani Prezes wyjaśniła również, że pomimo utrzymania jednostkowej oczekiwanej ceny punktu na poziomie 51 zł przeciętna wartość 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.

(dowód: akta kontroli str. 251-256)

W przekazanych 1 lipca 2011 r. dyrektorom oddziałów założeniach do projektu planu finansowego na 2012 r. Prezes NFZ zalecił podwyższenie ceny za punkt w lecznictwie szpitalnym z 51 na 52 zł. W założeniach tych nie przedstawiono uzasadnienia zwiększenia ceny za punkt.

(dowód: akta kontroli str. 180, 195-199, 241-243)

Agnieszka Pachciarz, Prezes NFZ wyjaśniła, że przesłanką podniesienia ceny punktu od 2012 r. w JGP była potrzeba skompensowania ogólnego wzrostu kosztów realizacji świadczeń szpitalnych, co wynikało między innymi ze wzrostu podstawowej stawki VAT w roku 2011.

NIK zwraca uwagę, że w latach 2009-2011 cena za punkt w lecznictwie szpitalnym nie uległa zmianie pomimo, że w latach 2010-2011 inflacja wynosiła odpowiednio 2,6% i 4,3%<sup>45</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 251-256)

Uchwałą Nr 42/2008/I Rady NFZ z 11 grudnia 2008 r. powołano zespół problemowy Rady NFZ do spraw kontroli postępowania w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami. Głównym celem powołanego zespołu była analiza sposobu ustalenia maksymalnej ceny punktu 51 zł w umowach na świadczenie usług z zakresu świadczeń szpitalnych. Zespół problemowy Rady NFZ stwierdził, że NFZ wycenił punkt w poprawny sposób, przy czym zwrócił uwagę między innymi, że projekt zmian tariff był w przeważającym stopniu negocjacyjny, a podniesienie tariff nie opierało się na analizie kosztów świadczeniodawców. Spowodowane to było, zdaniem Rady NFZ, brakiem jednolitej metodologii liczenia kosztów w ochronie zdrowia, gdyż nie było procedur pozwalających na podstawie wiarygodnych danych ocenić zmiany tariffikatorów pod kątem prawidłowości wyceny poszczególnych procedur i ich rentowności. Zespół zarekomendował:

- opracowanie jednolitych procedur dla przyszłej weryfikacji wyceny tariffowej świadczeń;
- oparcie przyszłych zmian wyceny tariffowej świadczeń także o analizę kosztów świadczeniodawców;
- weryfikowanie wyceny poszczególnych procedur przez niezależną, zewnętrzną instytucję lub organizację;
- prowadzenie analizy danych od świadczeniodawców w oparciu o tak samo definiowane dane, co pozwoli na monitorowanie wykonania zmian w dostępności i sytuacji finansowej NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 120-179, 241-243)

NFZ wprowadził 1 września 2011 r. procedurę zarządzania zmianą warunków zawierania i realizacji umów (dalej: *procedura zarządzania*), zgodnie z którą wnioski o dokonanie zmian warunków zawierania i realizacji umów miały zawierać kalkulację kosztów wraz z określeniem jej źródła (kalkulacja podmiotu reprezentowanego przez wnioskującego, grupy podmiotów, ośrodka zagranicznego, publikacji naukowych itp.).

(dowód: akta kontroli str. 183-194)

Dariusz Dziełak, p.o. Dyrektora DSOZ wyjaśnił, że procedura zarządzania stanowiła realizację rekomendacji Zespołu Problemowego Rady NFZ i miała na celu regulację i ujednoczenie sposobu procedowania w zakresie weryfikacji wycen świadczeń, na podstawie rzeczywistych kosztów przedstawionych przez świadczeniodawców. Podkreślił również, że w obecnym stanie prawnym brak jest możliwości powołania przez Prezesa NFZ zewnętrznej instytucji zajmującej się wyceną świadczeń, a tariffikacja świadczeń w oparciu o dane kosztowe, prowadzona przez instytucję niezależną od płatnika, jest ważnym elementem zmian systemowych zapowiedzianych przez Ministra Zdrowia.

---

<sup>45</sup> www.stat.gov.pl

(dowód: akta kontroli str. 180-182)

W 2011 r. wartości punktowe dla zakresów: okulistyka – zespół chirurgii jednego dnia B12, B13, B15, ortopedia i traumatologia narządu ruchu – hospitalizacja planowa H01-H06, kardiologia – hospitalizacja E11-E14 kardiologia inwazyjna Ostre Zespoły Wieńcowe nie uległy zmianie w stosunku do 2010 i 2009 r, z wyjątkiem zmian dla grup E11 i E12 polegających na jednopunktowym obniżeniu wartości<sup>46</sup>.

(dowód: akta kontroli str. 241-243)

Agata Horanin-Bawor, Dyrektor DSOZ wyjaśniła, że obniżenie to wynikało z faktu, iż wprowadzono zmiany dotyczące zasad rozliczania świadczeń w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii. Polegały one na przywróceniu możliwości rozliczenia w tym samym zakresie pierwszych dwóch dni pobytu pacjenta przeniesionego bezpośrednio po zabiegu do oddziału intensywnej terapii.

(dowód: akta kontroli str. 195-199)

Wycena punktowa dla badanych zakresów została dokonana w oparciu o wyceny z katalogu świadczeń obowiązującego przez wejściem w życie JGP<sup>47</sup>, przy czym wartość punktową świadczeń udzielanych jako leczenie jednego dnia obniżono o 10%, zaś wartość punktową hospitalizacji planowej o 5% w porównaniu do hospitalizacji pełnej. Powyższa zasada została przyjęta dla ustalenia wartości punktowych dla całego systemu JGP.

(dowód: akta kontroli str. 241-243)

Agata Horanin-Bawor, Dyrektor DSOZ wyjaśniła, że wynikało to z faktu, iż do roku 2011 Fundusz nie dysponował wiedzą na temat rzeczywistych kosztów świadczeń zdrowotnych. Pani Dyrektor wyjaśniła również, że ze względu na fakt, iż w latach 2009-2011 nie wprowadzano istotnych zmian dotyczących wyceny rozpatrywanych grup świadczeń, Fundusz nie prowadził szerszych konsultacji z podmiotami zewnętrznymi oraz nie współpracował z Agencją Oceny Technologii Medycznych w zakresie leczenia szpitalnego, z wyjątkiem dostarczania jej danych pochodzących ze sprawozdawczości świadczeniodawców. Pani Dyrektor wskazała również, że rekomendacje Prezesa Agencji są analizowane przez Fundusz, przy czym wykazy świadczeń gwarantowanych oraz warunki ich realizacji są opracowywane przez Ministra Zdrowia.

(dowód: akta kontroli str. 195-199)

Analiza wykazała, że w okresie objętym kontrolą do Prezesa NFZ wpłynęło kilkadziesiąt wniosków dotyczących zwiększenia wartości poszczególnych świadczeń, w tym między innymi w sprawie: niedoszacowania wybranych procedur w leczeniu szpitalnym, zmiany wyceny wybranych grup z katalogu JGP, wyceny świadczeń kardiologicznych oraz rosnących kosztów leczenia ostrych zespołów wieńcowych. Wnioski kierowane były między innymi przez Kierowników Katedr i Klinik, Konsultantów Wojewódzkich, Dyrektorów Szpitali oraz Dyrektora Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego w Ministerstwie Zdrowia. Analizowane wnioski zawierały ogólne zestawienia kosztów bądź ogólnikowe stwierdzenia o niedoszacowaniu jakiejś dziedziny medycznej, nie przedstawiały jednak rzeczywistych kosztów udzielania świadczeń, które mogłyby zostać wykorzystane przez Fundusz przy wycenie poszczególnych świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 241-243)

W lipcu 2011 r. NFZ rozpoczął we współpracy z Konsultantami Krajowymi prace nad aktualizacją wyceny świadczeń w zakresie kardiologii oraz kardiochirurgii. W ramach prac poproszono 18 świadczeniodawców wytypowanych przez konsultantów o przekazanie danych kosztowych wybranych grup świadczeń. Dane kosztowe przesłało ośmiu świadczeniodawców. Na podstawie przekazanych danych dokonano oszacowania wartości grupy E05, E23-E25, rzeczywistych kosztów wszczepienia kardiowerterów/defibrylatorów (grupy E34, E36) oraz hospitalizacji w ramach grupy E37. Fundusz przy aktualizacji wyceny tych świadczeń prowadził również spotkania z przedstawicielami środowiska kardiologicznego. 30 września 2011 r. Konsultanci Krajowi przesłali wycenę grup

<sup>46</sup> Zarządzenie nr 32/2010/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 1 lipca 2010 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.

<sup>47</sup> System JGP wprowadzono 1 lipca 2008 r. zarządzeniem nr 32/2008/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 11 czerwca 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.

kariologicznych i kardiochirurgicznych, w której zaproponowali między innymi: wzrost wartości punktowej w grupie E11 z 289 do 316 punktów, zmniejszenie wartości punktowej w grupie E14 ze 197 do 180 punktów, a w grupach E12, E13 utrzymanie dotychczasowych wartości.

Zarządzeniem nr 72/2011/DSOZ Prezesa NFZ z 20 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne (dalej: *zarządzenie nr 72/2011/DSOZ*) określono wagi punktowe dla badanych grup w następujący sposób: E11 – 274, E12- 249, E13 – 221, E14 – 182. W grupach E11-E13 wagi punktowe były więc niższe od zalecanych przez Konsultantów krajowych.

W zarządzeniu nr 11/2012 Prezesa NFZ z 28 lutego 2012 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne wagi punktowe dla badanych grup zostały ustalone w wysokościach zalecanych przez Konsultantów Krajowych.

(dowód: akta kontroli str. 241-243)

Agnieszka Pachciarz, Prezes NFZ wyjaśniła, że wstępnie dokonana symulacja skutków finansowych zmian zaproponowanych przez zespół Konsultantów Krajowych pokazała, że akceptacja przesłanej propozycji wiązałaby się ze wzrostem nakładów na kardiologię o 1,2 mld zł, przy jednoczesnych oszczędnościach rzędu 22 mln zł. Pani Prezes wyjaśniła również, że w związku z nieprzekazaniem deklarowanych materiałów w ustalonych terminach, w zarządzeniu nr 72/2011/DSOZ nie znalazły się żadne propozycje Konsultantów Krajowych.

(dowód: akta kontroli str. 251-256)

Ustalone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki, w zakresie sposobu dokonywania wyceny świadczeń zdrowotnych, stwierdzono następującą nieprawidłowość:

Dokonując oszacowania wartości jednostki rozliczeniowej Fundusz nie uwzględniał kosztów udzielania świadczeń przez świadczeniodawców, pomimo że zgodnie z § 15 ust. 4 OWU wyceniając poszczególne świadczenia Prezes Funduszu bierze pod uwagę między innymi koszty ich udzielania przez świadczeniodawców, a w wybranych zakresach świadczeń także koszty zapewnienia gotowości ich udzielania.

Agata Horanin-Bawor, Dyrektor DSOZ wyjaśniła, że do 2011 r. Fundusz nie dysponował wiedzą na temat rzeczywistych kosztów świadczeń zdrowotnych.

Wyjaśnienia te potwierdzają, że Fundusz nie miał pełnego rozeznania co do rzeczywistych kosztów udzielania świadczeń. Oszacowanie liczby świadczeń i ich wycena zostały dokonane przede wszystkim w oparciu o dane o liczbie wykonanych świadczeń w latach poprzednich.

NIK zwraca uwagę, że tym samym Fundusz nierzetelnie realizował obowiązek, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 1 ustawy o świadczeniach, zgodnie z którym do zakresu działania Funduszu należy w szczególności analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

(dowód: akta kontroli str. 180, 195-199, 241-243)

## **2.2. Sposób ustalenia wag skalujących dla ceny oczekiwanej świadczeń**

Zgodnie z załącznikiem nr 1 do zarządzenia nr 73/2009/DSOZ waga skalująca dla kryterium ceny wynosiła odpowiednio pięć punktów dla ratownictwa medycznego oraz 30 punktów dla pozostałych rodzajów świadczeń wymienionych w tym załączniku. Waga skalująca w wysokości 30 punktów została wprowadzona zarządzeniem nr 71/2007 Prezesa NFZ z dnia 27 września 2007 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (dalej: *zarządzenie nr 71/2007*) i obowiązywała w latach 2008-2011.

(dowód: akta kontroli str. 230-232)

Dariusz Dziełak, p.o. Dyrektora DSOZ wyjaśnił, że nie sporządzono uzasadnienia do zarządzenia nr 71/2007.

(dowód: akta kontroli str. 248-250)

Agnieszka Pachciarz, Prezes NFZ wyjaśniła, że określając wagi skalujące przyjęto, iż kryterium cenowe powinno w około 1/3 decydować o łącznej ocenie oferty, dlatego ustalono dla niego wagę w wysokości 30 punktów.

Pani Prezes wyjaśniła również, że podstawą oceny dokonanej w ramach kryterium ceny jest porównanie ceny oferty z ceną oczekiwaną. Określenie cen oczekiwanych należy do kompetencji dyrektora oddziału, a ich poziom wynika przede wszystkim z możliwości finansowych konkretnego oddziału, określonych w planie finansowym na dany rok.

(dowód: akta kontroli str. 251-256)

W zarządzeniu nr 54/2011/DSOZ nie określono wag skalujących dla 11 rodzajów świadczeń dla których zarządzenie nr 73/2009/DSOZ je określało<sup>48</sup>. Wagi dla tych rodzajów zostały określone w zarządzeniach zmieniających<sup>49</sup>. Wagi skalujące dla kryterium ceny we wszystkich rodzajach określono w tym zarządzeniu na 20 pkt. tj. o 10 punktów mniej niż w zarządzeniu nr 73/2009/DSOZ, przy czym zmniejszenie wag dla kryterium ceny, wiązało się ze zwiększeniem wag dla pozostałych kryteriów, w szczególności dla jakości i dostępności. Zarządzeniem nr 54/2011/DSOZ Prezes NFZ wprowadził również wagi skalujące dla nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Wagi skalujące dla ratownictwa medycznego pozostały na poziomie pięciu punktów.

(dowód: akta kontroli str. 230-232)

Dariusz Dziełak, p.o. Dyrektora DSOZ wyjaśnił, że, powodem obniżenia wagi skalującej dla kryterium ceny były spostrzeżenia pracowników Funduszu, z których wynikało, że wysoki udział kryterium ceny w ogólnej ocenie oferty prowadzi do obniżenia jakości świadczeń. Świadczeniodawcy, którzy uzyskali niską ocenę za kryteria jakościowe, obniżali cenę i w efekcie często otrzymywali wysoką ocenę w rankingu końcowym.

Odnośnie rezygnacji z określenia w zarządzeniu nr 54/2011/DSOZ wag skalujących dla niektórych rodzajów świadczeń, Dariusz Dziełak wyjaśnił że wynikało to z braku w przedmiotowym zarządzeniu części załączników, których publikacja była z kolei wstrzymywana niewydaniem odpowiednich rozporządzeń Ministra Zdrowia<sup>50</sup>. Zarządzenia Prezesa Funduszu zawierające warunki realizacji świadczeń i kryteria oceny ofert dla kolejnych rodzajów świadczeń były wydawane sukcesywnie, po publikacji ww. rozporządzeń. Z tego względu zarządzenie nr 54/2011/DSOZ było kilkakrotnie zmieniane, a zmiany polegały na dodawaniu tabel zawierających zestaw warunków dodatkowo ocenianych regulujących wymagania dla kolejnych rodzajów świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 233-235)

### **2.3. Nadzór nad rozliczaniem nadwykonań i niewykonań przez oddziały**

W latach 2010-2011 OW NFZ otrzymały od Prezesa Funduszu wytyczne w sprawie rozliczania uzasadnionych nadwykonań świadczeń opieki zdrowotnej oraz ugód pozasądowych za świadczenia zdrowotne zrealizowane w roku poprzednim<sup>51</sup>. W pismach tych wskazano rodzaje świadczeń zdrowotnych, które mogły podlegać procesowi zawierania ugód. Ustalono, że wartość wszystkich środków faktycznie przekazanych świadczeniodawcom za zrealizowane świadczenia zdrowotne (w tym na podstawie ugód)

<sup>48</sup> Ambulatoryjna opieka specjalistyczna, ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne, kompleksowa ambulatoryjna opieka specjalistyczna, leczenie szpitalne - oddziały szpitalne – hospitalizacja, leczenie szpitalne - oddziały szpitalne - hospitalizacja planowa, leczenie szpitalne - oddziały szpitalne - zespół chirurgii jednego dnia / zespół opieki dziennej, leczenie szpitalne - szpitalny oddział ratunkowy (SOR)/ izba przyjęć (IP), Opieka paliatywna i hospicyjna, Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, Leczenie stomatologiczne, Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

<sup>49</sup> W zarządzeniach nr: 70/2011/DSOZ z dnia 20.10.2011 r., 77/2011/DSOZ z dnia 26.10.2011 r., 80/2011/DSOZ z dnia 03.11.2011 r., 82/2011/DSOZ z 04.11.2011 r., 84/2011/DSOZ z dnia 16.11.2011, 91/2011/DSOZ z dnia 13.12.2011 r., 29/2012 z 10.05.2012.

<sup>50</sup> Dotyczy rozporządzeń wydawanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach.

<sup>51</sup> Pismem znak: NFZ/CF/DEF/2010/077/0016/W/01054/DAJ z dnia 26 stycznia 2010 r. Prezes NFZ poinformował dyrektorów OW o prawnych możliwościach dokonania rozliczeń uzasadnionych nadwykonań zrealizowanych w 2009 r. Pismem znak: NFZ/CF/DEF/2011/077/0020/W/02248/DAJ z dnia 26 stycznia 2011 r. Prezes NFZ poinformował dyrektorów OW o prawnych możliwościach dokonania rozliczeń uzasadnionych nadwykonań zrealizowanych w 2010 r.

w danym rodzaju świadczeń nie mogła przekroczyć ogólnej wartości przewidzianej w planie finansowym oddziału. Określono również hierarchię świadczeń według rodzajów, które powinny być sfinansowane w ugodzie po cenie wynoszącej lub nieprzekraczającej 100% ceny ustalonej w umowie oraz takie, które powinny być sfinansowane po cenie nie przekraczającej 40% ceny ustalonej w umowie.

W roku 2012 ww. wytyczne Prezes Funduszu kierował do dyrektorów oddziałów w odpowiedzi na ich wystąpienia. W przypadku wystąpienia przez dyrektora oddziału o opinie w sprawie zawarcia ze świadczeniodawcami ugód pozasądowych, Prezes NFZ przekazywał opinię wraz z wytycznymi.

W 2013 r. Prezes NFZ przekazał oddziałom wytyczne dotyczące rozliczeń nadwykonań ponad limity określone w umowach, które zostały zrealizowane w 2012 r.<sup>52</sup>. Prezes NFZ ustalił, że dyrektorzy oddziałów określają w drodze zarządzenia wykaz świadczeń, które z uwagi na charakter i koszty poniesione przez świadczeniodawców na ich wykonanie powinny zostać sfinansowane. Prezes NFZ zalecił sfinansowanie świadczeń objętych ugodami po cenie niższej niż cena ustalona w umowie.

(dowód: akta kontroli str. 540-561)

Badaniem objęto analizy nadwykonań świadczeń szpitalnych w 2009 i 2010 r, których celem było zbadanie struktury świadczeń wykonanych w tych latach przez szpitale ponad kwoty ustalone w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w kontekście zasadności ich realizacji i ewentualnej konieczności ich sfinansowania. W przedmiotowych analizach przedstawiono struktury świadczeń ponadlimitowych w zakresie: trybu przyjęcia do leczenia szpitalnego, przyczyny i zakresu udzielonych świadczeń oraz liczby hospitalizacji sprawozdanych i rozliczonych oraz sprawozdanych, a nie rozliczonych. W analizie zaznaczono, że zawarte w niej wyniki należy traktować, jako szacunkowe dane, które możliwe są do uzyskania z poziomu Centrali NFZ, czyli przesłane przez OW NFZ do systemu „koszty leczenia pacjentów”. Pełną wiedzę o wartości nierozliczonych świadczeń sprawozdawanych prawidłowo, nierozliczonych świadczeń w wyniku zakwestionowania przez OW NFZ (które nie powinny być liczone jako nadwykonania), podpisanych ugodach pozasądowych mają poszczególne OW NFZ.

(dowód: akta kontroli str. 571-662)

W sprawie analizowania przyczyn powstawania nadwykonań i poziomu ich finansowania przez OW NFZ Prezes Funduszu Agnieszka Pachciarz wyjaśniła, że nadwykonania były w Centrali Funduszu przedmiotem szczegółowych analiz, a ich celem było zbadanie struktury świadczeń wykonywanych przez szpitale ponad kwoty ustalone w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w kontekście zasadności ich realizacji i ewentualnej konieczności sfinansowania. Ponadto wnioski z analiz omawiane były z dyrektorami OW NFZ w celu ich ewentualnego wykorzystania podczas procesu kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej.

Pani Prezes wskazała, że w myśl art. 107 ust. 5 pkt 10 ustawy o świadczeniach zawieranie i rozliczanie umów ustawodawca zastrzegł do wyłącznych kompetencji dyrektorów oddziałów. Natomiast w celu uniknięcia corocznego powstawania nadwykonań Centrala NFZ w szczególności zajmowała się: bieżącym monitoringiem i analizą planu finansowego poszczególnych jednostek organizacyjnych Funduszu jak również wskazywała oddziałom kierunki ewentualnej alokacji „wolnych” środków finansowych, np. poprzez wzmocnienie finansowania wybranych zakresów świadczeń.

(dowód: akta kontroli str. 562-570)

#### Wnioski pokontrolne

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

- 1) podjęcie działań zmierzających do uzyskania pełnej i aktualnej wiedzy na temat kosztów kontraktowanych świadczeń;

<sup>52</sup> Pismem NFZ/CF/DEF/2013/W/01811/BE z dnia 23 stycznia 2013 r. Prezes NFZ przypomniała dyrektorom OW o prawnych możliwościach dokonania rozliczeń uzasadnionych nadwykonań zrealizowanych w 2012 r.

<sup>53</sup> Dz. U. z 2012 r., poz.82 ze zm.

- 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.

## **IV. Pozostałe informacje i pouczenia**

Prawo zgłoszenia  
zastrzeżeń

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

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

Obowiązek  
poinformowania  
NIK o sposobie  
wykorzystania uwag  
i wykonania wniosków

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

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

Niniejszy tekst wystąpienia został sporządzony z uwzględnieniem zmian zawartych w uchwale Zespołu Orzekającego Komisji Rozstrzygającej w NIK z dnia 27 listopada 2013 r.

Kraków, dnia        grudnia 2013 r.