



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI
Delegatura w Katowicach

LKA.410.010.01.2019

Piotr Nowak
p.o. Dyrektor
Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
w Katowicach
ul. Kossutha 13
40-844 Katowice

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

Zmienione zgodnie z treścią uchwały nr KPK-KPO.443.141.2019
Komisji Rozstrzygającej w Najwyższej Izbie Kontroli z dnia 24 września 2019 r.
oraz uwzględniające sprostowanie oczywistej omyłki pisarskiej,
przedstawionej w piśmie z dnia 1 października 2019 r.

P/19/058 Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2018 r.

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Narodowy Fundusz Zdrowia Śląski Oddział Wojewódzki w Katowicach ¹
Kierownik jednostki kontrolowanej	Piotr Nowak, p.o. Dyrektor ²
Zakres przedmiotowy kontroli	Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2018 r.
Okres objęty kontrolą	2018 r. oraz okres opracowywania planu w 2017 r. i działań w 2019 r. związanych ze sporządzaniem sprawozdań za 2018 r. W przypadku konieczności porównania niektórych danych z danymi za lata 2015-2017, okres kontroli obejmie również te lata.
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ³
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Katowicach
Kontrolerzy	<ol style="list-style-type: none">1. Katarzyna Kozieł, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/95/2019 z 5 kwietnia 2019 r.2. Izabela Pilarek, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/98/2019 z 10 kwietnia 2019 r.3. Karolina Cichy, inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/99/2019 z 10 kwietnia 2019 r.4. Beata Pękul, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/178/2019 z 6 maja 2019 r.5. Piotr Graca, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/96/2019 z 5 kwietnia 2019 r.6. Jerzy Horodecki, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LKA/147/2019 z 30 maja 2019 r.

(akta kontroli Tom I str. 1 -10)

II. Ocena ogólna⁴ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA

W Oddziale zapewniono rzetelność planowania kosztów, w tym kosztów świadczeń zdrowotnych oraz podejmowano prawidłowe działania w celu pełnego wykorzystania środków przewidzianych w planie finansowym na zakup świadczeń, dokonując m.in. renegocjacji kontraktów w sytuacji wykazywania przez świadczeniodawców świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowach lub w przypadku braku realizacji umów.

Dostępność świadczeń zdrowotnych finansowanych przez ŚOW NFZ w ramach objętych szczegółowym badaniem dwóch z czterech zakresów⁵ w rodzaju opieka

¹ Zwany dalej „ŚOW NFZ” lub „Oddziałem”.

² Od dnia 1 kwietnia 2019 r. W okresie wcześniejszym od dnia 14 marca 2016 r. funkcję Dyrektora pełnił Jerzy Szafranowicz.

³ Dz. U. z 2019 r. poz. 489, zwana dalej „ustawą o NIK”.

⁴ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁵ Zakresy: świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży, świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży.

⁶ Zwanym dalej „PSY” lub „opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień”.⁷ Zwanej dalej „KOS Zawal”.

psychiatryczna i leczenie uzależnień⁶ uległa jednak pogorszeniu w porównaniu do roku poprzedniego, mimo, że wartość ogółem zawartych umów na koniec 2018 r. oraz wartość zawartych umów przypadająca na jednego ubezpieczonego była wyższa o 7% w porównaniu do 2017 r.

NIK ocenia pozytywnie zapewnienie środków na bieżące finansowanie przez Oddział nielimitowanych świadczeń w Koordynowanej Opiece Specjalistycznej dla pacjentów po zawale mięśnia sercowego⁷.

Równocześnie Izba zauważa, że Oddział ponosząc wydatki na wytworzenie i funkcjonowanie kart ubezpieczenia zdrowotnego, nie posiadał rozeznania o ich liczbie i stopniu wykorzystania i nie podejmował działań w celu ustalenia zasadności dalszego finansowania tego rozwiązania.

Poddane analizie koszty administracyjne były celowe z punktu widzenia realizacji zadań Oddziału. Księgi rachunkowe, w zakresie ewidencji przychodów i kosztów oraz związanych z nimi należności i zobowiązań, prowadzone były prawidłowo.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły:

- zaakceptowania przez Oddział zaproponowanych przez świadczeniodawcę miejsc postojów dentobusu, które nie zapewniały osiągnięcia celu tego przedsięwzięcia⁸, którym było *umożliwienie zapewnienia opieki stomatologicznej dzieciom w mniejszych miejscowościach*,
- niezapewnienia rzetelnego nadzoru nad realizacją przez świadczeniodawcę umowy o udzielanie świadczeń w dentobusie, wskutek czego nie realizował on świadczeń w terminach i miejscach uzgodnionych z Oddziałem,
- przekroczenia o 4.133,8 tys. zł (4,9%) kwoty planowanych kosztów Oddziału w zakresie kosztów finansowania leku⁹,
- wydatkowania części skontrolowanych środków finansowych w kwocie 612,0 tys. zł (6,5% badanych kosztów administracyjnych) w sposób niezgodny z zasadami ponoszenia wydatków publicznych poprzez opłacenie z góry należności z tytułu umów zawartych na okres roku i trzech lat,
- naruszenia przepisów ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych¹⁰ w dwóch z trzech poddanych w badaniu postępowaniach o udzielenie zamówienia publicznego, dotyczących zamówień na łączną kwotę 2.987,6 tys. zł,
- bezzasadnego korygowania planu kontroli po upływie okresu jego obowiązywania.

⁶ Zwany dalej „PSY” lub „opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień”.⁷ Zwanej dalej „KOS Zawał”.

⁷ Zwanej dalej „KOS Zawał”.

⁸ Cel wskazany w uzasadnieniu do ustawy z dnia 15 września 2017 r. o szczególnych rozwiązaniach zapewniających poprawę jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej, Dz. U. z 2017 poz. 1774, zwanej dalej „ustawą o szczególnych rozwiązaniach”.

⁹ Koszty finansowania leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego w części finansowanej z budżetu państwa zgodnie z art. 43a ust. 3 ustawy – pozycja B5 planu finansowego, zwane dalej „kosztami finansowania leku”.

¹⁰ Dz.U. z 2018 r. poz. 1986, ze zm., zwana dalej „Pzp”

III. Opis ustalonego stanu faktycznego

OBSZAR

1. Dostępność świadczeń opieki zdrowotnej

1.1. Planowanie świadczeń opieki zdrowotnej

Opis stanu faktycznego

Plan zakupu świadczeń na rok 2018, będący elementem procesu kontraktowania, opracowano w Oddziale zgodnie z otrzymaną z Centrali NFZ *Procedurą definiowania priorytetów zdrowotnych i planowania zakupu świadczeń* oraz zgodnie z założeniami i w granicach kwot określonych przez Prezesa NFZ w piśmie z 25 września 2017 r. W trakcie jego sporządzania korzystano z informacji pozyskiwanych przez ŚOW NFZ w toku bieżącej działalności takich jak rozmieszczenie podmiotów leczniczych w poszczególnych powiatach, poziom realizacji poszczególnych zakresów świadczeń. Wykorzystywano także informacje z Centrali NFZ odnoszące się do dostępności świadczeń czy wyniki badań epidemiologicznych oraz wskazania dotyczące priorytetów zdrowotnych (ogólnopolskie¹¹, centralne¹² i regionalne¹³).

Regionalne priorytety zdrowotne zostały określone zgodnie z *Procedurą definiowania priorytetów zdrowotnych i planowania zakupu świadczeń*, na podstawie priorytetów ogólnopolskich ustalonych przez Centralę NFZ na 2018 r., oraz uwzględniały w części priorytety określone przez wojewodę śląskiego¹⁴. Zdefiniowano następujące priorytety regionalne na rok 2018: skrócenie czasu oczekiwania na diagnostykę onkologiczną; rehabilitacja lecznicza - zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych w zakresie leczenia pourazowego, po zabiegach operacyjnych narządu ruchu i onkologicznych wymagających szybkiej i intensywnej rehabilitacji w warunkach stacjonarnych oraz leczenia lub kontynuacji w warunkach ambulatoryjnych i domowych; opieka perinatalna - zwiększenie dostępności do świadczeń w zakresie kompleksowej opieki: dziecięca opieka koordynowana, koordynowana opieka nad kobietą w ciąży, koordynowana opieka nad kobietą w ciąży na II lub III poziomie opieki perinatalnej; opieka perinatalna ze szczególnym uwzględnieniem programu badań prenatalnych umożliwiającą wczesną identyfikację ryzyka powstania wad płodu; stomatologia dziecięca – zwiększenie dostępności. Do każdego priorytetu przypisano mierniki realizacji służące do oceny realizacji celu.

(akta kontroli Tom I str. 50, 88-93, Tom VIII str. 220-244)

W przypadku poddanych szczegółowej analizie czterech zakresów świadczeń w rodzaju PSY (świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dorosłych, psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dzieci i młodzieży, psychiatrycznych dla dorosłych i psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży), prawidłowo wykorzystano w planowaniu dostępne dane, gdyż m.in.:

- zwiększono wartość świadczeń o 4%¹⁵ zgodnie z danymi w załączniku nr 2 do zarządzenia 59/2017/DSOZ z dnia 26 lipca 2017 r. Prezesa NFZ zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień;

¹¹ Priorytet ogólnopolski – istotne zadanie, zgodne z priorytetem centralnym, mające na celu poprawę sytuacji w ochronie zdrowia w ramach zadań realizowanych przez NFZ, określane przez Centralę NFZ.

¹² Priorytet centralny – priorytet zdrowotny określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 31a ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

¹³ Priorytet regionalny – istotne zadanie, niespreczeczne z priorytetami centralnymi lub ogólnopolskimi, mające na celu poprawę sytuacji w ochronie zdrowia w ramach zadań realizowanych przez NFZ, określane przez Oddział wojewódzki NFZ.

¹⁴ Zarządzenie Nr 243/16 Wojewody Śląskiego z dnia 21 lipca 2016 r. w sprawie priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa śląskiego.

¹⁵ Zgodnie z załącznikiem nr 2 do zarządzenia 59/2017/DSOZ z dnia 26 lipca 2017 r. Prezesa NFZ zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

- obszary kontaktowania nie zostały zmienione w porównaniu do 2017 r., gdyż nie zaistniały okoliczności uzasadniające taką potrzebę. Najmniejszą jednostką kontraktowania był powiat (36 obszarów kontraktowania), przy czym tylko zakres świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dorosłych był kontraktowany w ramach odrębnych powiatów. Związane to było z faktem, iż w każdym z powiatów świadczenia zostały zabezpieczone przynajmniej przez jeden podmiot;
- przeprowadzono analizę dostępności świadczeń (wzięto pod uwagę czas oczekiwania, poziom finansowania świadczeń w poszczególnych obszarach oraz wnioski z przeprowadzonych w 2017 r. postępowań uzupełniających) i w przypadku trzech zakresów wprowadzono pozytywne zmiany polegające na:
 - przesunięciu wartości świadczeń między obszarami kontraktowania i zwiększeniu środków na świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży o 72,5 tys. zł, tj. 1,1%,
 - przesunięciu wartości świadczeń między obszarami kontraktowania w zakresach: świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne i świadczenia psychiatryczne dla dorosłych.

Pomimo wykorzystania w procesie planowania dostępnych danych i wprowadzenia zmian, nie nastąpiło zwiększenie dostępności do świadczeń w badanych czterech zakresach, co opisano w pkt 1.2. niniejszego wystąpienia.

Do ŚOW NFZ nie wpłynęły pisma konsultantów wojewódzkich w ochronie zdrowia dotyczące planu zakupu w poddanych szczegółowej analizie czterech zakresach świadczeń w rodzaju PSY.

(akta kontroli Tom I str. 22-26, 53-58, 88-99, 101-103, 112-116, Tom II str.156-158, Tom VIII str. 220-242, 245-253)

1.2. Wykonanie planu zakupów świadczeń

W latach 2017-2018 Oddział ogłosił 483 postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursów ofert i rokowań. Spośród nich, 176 postępowań odwołano, 82 unieważniono, a 225 zakończono rozstrzygnięciem, w tym: 10 dotyczących nocnej i świątecznej podstawowej opieki zdrowotnej, 10 - ambulatoryjnej opieki specjalistycznej¹⁶, 76 - leczenia szpitalnego¹⁷, 13 - LSZ – chemoterapii, 42 - LSZ – programów lekowych, 2 - LSZ – świadczeń wysokospecjalistycznych, 20 - PSY, trzy - opieki paliatywnej i hospicyjnej¹⁸, 15 - leczenia stomatologicznego¹⁹, jedno - pomocy doraźnej i transportu sanitarnego, 31 - świadczeń zdrowotnych kontraktowanych odrębnie²⁰, dwa - realizacji programu pilotażowego opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej *POZ PLUS*²¹.

Z 225 rozstrzygniętych postępowań, 169 było postępowaniami głównymi prowadzonymi w trybie konkursu ofert, a sześć - postępowaniami uzupełniającymi. Pozostałe 50 postępowań przeprowadzono w trybie rokowań.

(akta kontroli Tom VII str.1-53)

¹⁶ Zwanego dalej „AOS” lub „ambulatoryjna opieka specjalistyczna”.

¹⁷ Zwanego dalej „LSZ” lub „leczenie szpitalne”.

¹⁸ Zwana dalej „OPH” lub „opieka paliatywna i hospicyjna”.

¹⁹ Zwane dalej „STM” lub „leczenie stomatologiczne”.

²⁰ Zwane dalej „SOK” lub „świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie”.

²¹ Zwanego dalej programem pilotażowym „POZ PLUS”.

Główne postępowania konkursowe poprzedzające zawarcie umów o realizację świadczeń opieki zdrowotnej, zostały wszczęte: w rodzaju nocna i świąteczna podstawowa opieka zdrowotna w dniach 17 października 2017 r. i 9 maja 2018 r.; w rodzaju AOS w dniach 19 grudnia 2017 r. i 25 kwietnia 2018 r.; w rodzaju LSZ w dniach: 29 września 2017 r., 21 listopada 2017 r., 5 grudnia 2017 r., 25 stycznia 2018 r., 16 i 19 lutego 2018 r., 28 marca 2018 r., 11 kwietnia 2018 r., 18 maja 2018 r. i 14 września 2018 r.; w rodzaju w tym LSZ – chemioterapia w dniach 15 i 19 stycznia 2018 r.; w rodzaju LSZ-programy lekowe w dniach: 19 grudnia 2017 r., 15 stycznia 2018 r., 9 marca 2018 r., 29 marca 2018 r. i 8 czerwca 2018 r.; w rodzaju PSY w dniach 27 kwietnia 2018 r. i 2 października 2018 r.; w rodzaju OPH w dniach 17 kwietnia 2018 r. i 2 października 2018 r.; w rodzaju STM w dniach 15 i 20 lutego 2018 r. oraz 7 sierpnia 2018 r.; w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie (SOK) w dniach 29 marca 2018 r., 26 kwietnia 2018 r., 21 maja 2018 r., 5 i 12 czerwca 2018 r. Postępowania unieważniono z powodu m.in. braku ofert w danym rodzaju lub odrzucenia wszystkich oferty.

Postępowania zostały rozstrzygnięte między 30 listopada 2017 r. (w rodzaju nocna i świąteczna podstawowa opieka zdrowotna) a 31 października 2018 r. (w OPH).

Przeprowadzono ponadto dwa postępowania dotyczące realizacji programu pilotażowego opieki koordynowanej *POZ PLUS*, które ogłoszono 12 kwietnia 2018 r. i 8 czerwca 2018 r. i rozstrzygnięto odpowiednio 30 maja 2018 r. i 6 lipca 2018 r.

(akta kontroli Tom IV str. 39-43)

Oddział zawarł na rok 2017 łącznie 5.677 umów na kwotę 7.103.997,1 tys. zł²², a na rok 2018 – 4.452 umowy, (o 1.225 umów mniej) na łączną kwotę 7.602.073,8 tys. zł (o 7,0% wyższą niż rok wcześniej).

W porównaniu do roku 2017, największy spadek liczby zawartych umów na rok 2018 wystąpił w rodzajach świadczeń: STM (z 1.619 do 713²³) i AOS (z 995 do 882²⁴)²⁵.

Wzrost liczby zawartych w 2018 r. umów nastąpił w rodzaju PSY (z 184 do 195²⁶), świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie (z 47 do 58²⁷) oraz w kosztach programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie (z zera do 1)²⁸.

Liczba umów zawartych w rodzaju OPH oraz w ramach kosztów realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego pozostała w 2018 r. na tym samym poziomie jak w roku poprzednim i wynosiła odpowiednio: 51 umów²⁹ oraz cztery umowy³⁰.

(akta kontroli Tom IV str. 57-60)

²² Wartość zakontraktowanych świadczeń według stanu na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych.

²³ Wartość zakontraktowanych świadczeń wzrosła z 192.209,4 tys. zł do 195.813,5 tys. zł.

²⁴ Wartość zakontraktowanych świadczeń spadła z 771.408,8 tys. zł (w 2017 r.) do 673.459,5 tys. zł (w 2018 r.).

²⁵ Podstawowa opieka zdrowotna (z 1.036 do 998), leczenie szpitalne (z 352 do 319) - wartość zakontraktowanych świadczeń wzrosła z 4.650.734,0 tys. zł (w 2017 r.) do 5.145.632,1 tys. zł (w 2018 r.), rehabilitacja lecznicza (z 316 do 304) - wartość zakontraktowanych świadczeń wzrosła z 284.385,3 tys. zł do 300.534,9 tys. zł, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej (z 170 do 167) - wartość zakontraktowanych świadczeń wzrosła z 260.648,1 tys. zł do 285.963,0 tys. zł, lecznictwie uzdrowiskowym (z 18 do siedmiu) - wartość zakontraktowanych świadczeń wzrosła z 40.690,4 tys. zł do 42.322,0 tys. zł, pomocy doraźnej i transporcie sanitarnym (z czterech do dwóch) - wartość zakontraktowanych świadczeń wzrosła z 4.206,9 tys. zł do 5.413,6 tys. zł, zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne (z 669 do 648). Koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych NFZ (z 212 do 103 – wartość zakontraktowanych świadczeń spadła z 32.391,4 tys. zł do 30.007,4 tys. zł).

²⁶ Wartość zakontraktowanych świadczeń wzrosła z 336.295,0 tys. zł do 365.621,5 tys. zł.

²⁷ Wartość zakontraktowanych świadczeń wzrosła z 241.492,5 tys. zł (w 2017 r.) do 245.564,7 tys. zł (w 2018 r.).

²⁸ Wartość umowy na 2018 r. wyniosła 306,0 tys. zł.

²⁹ Wartość zakontraktowanych świadczeń wzrosła z 82.592,0 tys. zł (w 2017 r.) do 89.697,5 tys. zł (w 2018 r.).

³⁰ Wartość zakontraktowanych świadczeń wzrosła z 206.943,7 tys. zł (w 2017 r.) do 221.738,2 tys. zł (w 2018 r.).

Wartość ogółem zawartych umów na koniec 2018 r.³¹ przypadająca na jednego ubezpieczonego³² wyniosła 1.833,07 zł i była o 124,20 zł (o 7,3%) wyższa w porównaniu do wartości z 2017 r.³³

Wzrost wartości zawartych w 2018 r. umów w poszczególnych rodzajach świadczeń przypadającej na jednego ubezpieczonego wyniósł od 1,9% (1,16 zł) w świadczeniach opieki zdrowotnej kontraktowanych odrębnie do 29,0% (0,30 zł) w pomocy doraźnej i transporcie sanitarnym³⁴.

Spadek wartości zawartych w 2018 r. umów przypadającej na jednego ubezpieczonego nastąpił w dwóch przypadkach i wyniósł 12,5% (23,85 zł) w AOS i 7,1% (0,57 zł) w kosztach profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Narodowego Funduszu Zdrowia³⁵.

Wzrost wartości zawartych w 2018 r. umów w poszczególnych rodzajach świadczeń przypadającej na jednego świadczeniobiorcę wyniósł od 6,3% (56,31 zł) w lecznictwie uzdrowiskowym do 40,3% (1.297,65 zł) w pomocy doraźnej i transporcie sanitarnym³⁶. W trzech przypadkach, w 2018 r. nastąpił spadek wartości zawartych umów przypadającej na jednego świadczeniobiorcę, tj. o 12,4% (16,50 zł) w AOS, o 6,7% (646,74 zł) w świadczeniach opieki zdrowotnej kontraktowanych odrębnie i o 6,5% (69,56 zł) w kosztach profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu.

Wartość zrealizowanych świadczeń³⁷ na jednego ubezpieczonego w 2018 r. była wyższa w porównaniu do 2017 r. o 7,5% (148,01 zł) i wyniosła 2.132,42 zł. Wzrost wartości zrealizowanych świadczeń przypadającej na jednego ubezpieczonego w poszczególnych rodzajach świadczeń kształtował się od 0,5% (0,08 zł) w przypadku lecznictwa uzdrowiskowego do 29,1% (0,31 zł) - Pomocy doraźnej i transportu sanitarnego³⁸. Spadek wartości zrealizowanych w 2018 r. świadczeń przypadającej na jednego ubezpieczonego wystąpił w dwóch przypadkach i wyniósł 12,3% (23,17 zł) w AOS i 5,2% (0,38 zł) w kosztach profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu.

Wzrost wartości zrealizowanych świadczeń przypadającej na jednego świadczeniobiorcę w poszczególnych rodzajach świadczeń kształtował się od 2,4% (37,61 zł) w przypadku lecznictwa uzdrowiskowego do 40,4% (1.322,60 zł) w pomocy doraźnej i transporcie sanitarnym³⁹. W trzech przypadkach, w 2018 r. nastąpił spadek wartości zrealizowanych świadczeń przypadającej na jednego ubezpieczonego: o 4,6% (44,65 zł) w kosztach profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu, o 6,9% (665,69 zł)

³¹ Wartość zawartych umów według stanu na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych za 2018 r.

³² Liczba ubezpieczonych według stanu na koniec 2018 r. wyniosła 4.036.029.

³³ Wartość zawartych umów według stanu na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych za 2017 r. wyniosła 7.103.997,5 tys. zł, a liczba ubezpieczonych 4.036.029.

³⁴ 2,1% (1,01 zł) - Leczenie stomatologiczne, 4,3% (0,43 zł) - Lecznictwo uzdrowiskowe, 5,9% (4,19 zł) - Rehabilitacja lecznicza, 8,9% (1,82 zł) - Opieka paliatywna i hospicyjna, 9,0% (7,49 zł) - Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, 10,0% (6,45 zł) - Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, 10,9% (125,78 zł) - Leczenie szpitalne.

³⁵ Zwanego dalej także „Funduszem” lub „NFZ”.

³⁶ 6,5% (34,89 zł) - Rehabilitacja lecznicza, 7,1% (16,21 zł) - Leczenie stomatologiczne, 7,3% (391,21 zł) - Opieka paliatywna i hospicyjna; 9,7% (145,05 zł) - Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień; 11,7% (350,21 zł) - Leczenie szpitalne; 14,7% (1.846,30 zł) - Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

³⁷ Według stanu na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych.

³⁸ 1,7% (1,02 zł) - Świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane odrębnie, 2,2% (1,05 zł) - Leczenie stomatologiczne, 5,9% (4,14 zł) - Rehabilitacja lecznicza, 9,2% (7,50 zł) - Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, 9,4% (1,91 zł) - Opieka paliatywna i hospicyjna, 10,3% - Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej (6,59 zł) i Podstawowa opieka zdrowotna (30,87 zł), 10,5% (118,09 zł) - Leczenie szpitalne.

³⁹ 6,5% (34,52 zł) - Rehabilitacja lecznicza, 7,2% (16,36 zł) - Leczenie stomatologiczne, 7,8% (415,52 zł) - Opieka paliatywna i hospicyjna, 10,0% (145,03 zł) - Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, 11,3% (329,65 zł) - Leczenie szpitalne, 15,0% (1.873,18 zł) - Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

w świadczeniach opieki zdrowotnej kontraktowanych odrębnie i o 12,1% (16,02 zł) w AOS.

(akta kontroli Tom IV str. 54-60, 272-277)

W 2018 r. Oddział sfinansował wykonanie świadczeń zdrowotnych o wartości 6.247.501,2 tys. zł, odpowiadającej 2.924.945,6 tys. jednostek rozliczeniowych⁴⁰, co stanowiło odpowiednio 105,5% i 109,8% pierwotnego planu zakup świadczeń i 120,2% i 158,8% sfinansowanych świadczeń wykonanych w 2017 r.

W 2018 r. świadczenia w rodzaju: STM, profilaktyczne programy zdrowotne i świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, wykonane zostały na poziomie odpowiednio: 94,5%, 88,1% i 99,5% planu (94,8%, 88,2% i 99,5% jednostek rozliczeniowych). W pozostałych sześciu rodzajach⁴¹ wykonanie świadczeń było wyższe o od 3,5% do 15,0% (2,8% do 38,4% jednostek rozliczeniowych) od zakładanego planu zakupu.

W przypadku profilaktycznych programów zdrowotnych i świadczeń zdrowotnych kontraktowanych odrębnie wykonanie to było o 5,6% i 0,1% niższe od wykonania w roku 2017. Wykonanie liczby jednostek rozliczeniowych stanowiło odpowiednio 93,2% i 308,6% wykonania w 2017 r. Sytuacja taka wystąpiła również w rodzaju AOS – wykonano 85,5% wartości świadczeń sfinansowanych za 2017 r. i 280% jednostek rozliczeniowych wykonanych w 2017 r.

(akta kontroli Tom IV str. 61-82)

Przyczyną niższego niż zaplanowano wykonania świadczeń, jak wyjaśnił p.o. Dyrektor Oddziału, było:

- *W rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie umowy wieloletnie wygasły z dniem 30 czerwca 2018. W dniu 29.03.2018 roku Śląski OW NFZ ogłosił postępowania konkursowe mające na celu zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W kilku zakresach, np. żywienie pozajelitowe w warunkach domowych, leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej u dorosłych umowy zawarte w związku z rozstrzygniętymi postępowaniami przejęły podmioty lecznicze dotychczas niemające umów zawartych z Oddziałem. W pierwszym okresie ww. umowy realizowane były poniżej wartości określonych zapisami umowy. Ponadto jedyną umowę w zakresie badanie zgodności tkankowej zawarto dopiero na okres od 1 października 2018 roku (w ramach głównego konkursu nie wpłynęła żadna oferta).*

- *W rodzaju świadczeń leczenie stomatologiczne porównując wartość pierwotną planu zakupu do wartości zawartych umów na koniec 2018 r należy stwierdzić, że w większości zakresów zakontraktowano mniejszą liczbę świadczeń niż planowano. Powyższe wynika m. in. z faktu, że w 2018 r. w rodzaju leczenie stomatologiczne nie udało się przeprowadzić uwzględnionych w planie zakupu postępowań konkursowych. Powodem takiego stanu rzeczy jest brak na danym obszarze osób posiadających odpowiednie kwalifikacje lub brak chętnych do realizacji świadczeń w ramach umów zawartych z NFZ. Ponadto świadczeniodawcy z różnych powodów zgłaszają dłuższe przerwy w realizacji świadczeń lub rezygnują z realizacji umów (brak personelu, choroby).*

- *W rodzaju świadczeń profilaktyczne programy zdrowotne w roku 2018 w przypadku większości zakresów ostatecznie zakontraktowano niższą liczbę świadczeń niż zaplanowana (wg porównania wartości pierwotnego planu zakupu do*

⁴⁰ W rodzajach: AOS, Leczenie szpitalne, PSY, REH, STM, Profilaktyczne programy zdrowotne, Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, SPO i OPH.

⁴¹ AOS, LSZ, PSY, REH, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, OPH.

wartości zawartych umów na koniec 2018 r.), co wynika ze specyfiki tego rodzaju świadczeń, gdyż na poziom realizacji wpływa wielkość populacji objętej programem, zgłaszalność na badania w programie oraz świadomość ubezpieczonych. Zmiany w planie zakupu świadczeń nastąpiły zgodnie z zapisami obowiązującego w 2018 roku Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne, które stanowi, iż w przypadku realizacji świadczeń w zakresie programów onkologicznych (programu profilaktyki raka szyjki macicy oraz programu profilaktyki raka piersi) rozliczenie następuje zgodnie z rzeczywistą wartością wykonanych świadczeń. W związku z powyższym zmiany nastąpiły na podstawie przeprowadzonych analiz poziomu wykonania świadczeń za okres I, II i III kwartału 2018 roku oraz na podstawie indywidualnych wniosków Świadczeniodawców. Ponadto plan uległ zmianie w wyniku podpisanych ugód oraz w związku z rozwiązaniem umów za porozumieniem stron, a także w wyniku rozwiązania za 3 miesięcznym okresem wypowiedzenia umowy z jednym z realizatorów programu profilaktyki raka piersi, który w 2017 roku nie zaliczył audytu klinicznego zdjęć mammograficznych.

(akta kontroli Tom IV str. 91-95)

Zarówno liczba punktów jak i wartość zakontraktowanych oraz wykonanych świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, w roku 2018 w porównaniu do roku 2017 była wyższa, niemniej jednak w dwóch na cztery⁴² poddanych badaniu zakresach – świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży oraz świadczenia psychiatryczne dla dorosłych wystąpiły niewykonania umów związane m.in. z przerwami w realizacji świadczeń oraz rozwiązaniem umów. W 2018 r. w porównaniu do 2017 r. liczba zawartych umów w poddanej analizie opiece psychiatrycznej przeznaczonej dla dzieci i młodzieży nie uległa zmianie, natomiast dla dorosłych uległa zmniejszeniu.

(akta kontroli Tom IV str. 94-106)

Średni czas oczekiwania w rodzaju PSY w zakresie świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży w 2018 r. wydłużył się w porównaniu do roku 2017 z 56 do 77 dni (o 37%) dla przypadków stabilnych i z 8 do 37 (o 362%) dla przypadków pilnych. W zakresie świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży także nastąpiło wydłużenie czasu oczekiwania - z 58 do 75 dni (o 29%) dla przypadków stabilnych i z 4 do 6 (o 50%) dla przypadków pilnych. Czas oczekiwania na udzielenie świadczenia psychiatrycznego dla dorosłych i świadczenia psychiatrycznego ambulatoryjnego dla dorosłych nie uległ wydłużeniu.

(akta kontroli Tom I str. 63-64, 67-68)

W wyniku przeprowadzonych postępowań w rodzajach: LSZ, AOS, SOK, STM, OPH, PSY oraz programu pilotażowego POZ PLUS, na 2018 r. zawarto umowy na udzielanie świadczeń z danego rodzaju po raz pierwszy z 54 świadczeniodawcami. W każdym przypadku dokonano weryfikacji spełniania przez oferentów ustalonych wymagań.

(akta kontroli Tom IV str.107-112)

⁴² Szczegółowej analizie poddano następujące zakresy świadczeń: psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych (04.1700.001.02), psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży (kod zakresu 04.1701.001.02), psychiatryczne dla dorosłych (04.4700.021.02) i psychiatryczne dla dzieci i młodzieży (04.4701.001.02).

W 2018 r. Oddział nie prowadził postępowań w trybie art. 154 ust. 7⁴³ oraz art. 161b⁴⁴ ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

(akta kontroli Tom IV str. 100)

Na podstawie art. 156 ust. 1a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁴⁵, przedłużono na 2018 r, okres obowiązywania łącznie 6 607 umów, w tym: w rodzaju LSZ - 20 umów w 12 zakresach – do 30 czerwca 2018 r., AOS – 6 201 umów w 136 zakresach – nie dłużej niż do 31 grudnia 2019 r. i PSY – 385 umów w 27 zakresach – nie dłużej niż do 31 grudnia 2019 r. Na powyższe uzyskano zgodę Prezesa NFZ.

Pierwotne umowy w rodzaju AOS i PSY obowiązywały od 1 stycznia 2011 r., a w LSZ od 1 stycznia 2012 r.

(akta kontroli Tom IV str. 113-176)

W roku 2018, na podstawie art. 156 ust. 1b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej dokonano zmiany jednej umowy w rodzaju podstawowej opieki zdrowotnej nocna i świąteczna opieka zdrowotna polegającej na zwiększeniu obowiązującej kwoty ryczałtu miesięcznego dla świadczeniodawcy z obszaru sąsiadującego, w związku z informacją o czasowym zaprzestaniu udzielania świadczeń przez jedyny na terenie powiatu podmiot udzielający tych świadczeń. Na powyższą zmianę uzyskano zgodę Prezesa NFZ.

(akta kontroli Tom IV str. 177-211)

W 2018 roku złożono jeden protest na podstawie art. 153 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej na czynności Komisji Konkursowej w rodzaju LSZ, który nie został uwzględniony. W trybie art. 154 ww. ustawy złożono dwa odwołania dotyczących rozstrzygniętych postępowań o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju LSZ i POZ nocna i świąteczna opieka zdrowotna. Złożone odwołania nie zostały uznane za zasadne. NIK nie wnosi uwag do podjętych rozstrzygnięć.

(akta kontroli Tom IV str. 96-97, 212-271)

1.3. Kontraktowanie wybranych świadczeń opieki zdrowotnej

1.3.1 Świadczenia w rodzaju Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, przeznaczone dla dzieci i młodzieży

W roku 2018 postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, w związku z kończącymi się okresami obowiązywania umów, prowadzone były na okres:

- 1) od 1 lipca 2018 r. do 30 czerwca 2023 r.⁴⁶ (ogłoszenie o postępowaniu z 27 kwietnia 2018 r.),
- 2) od 1 grudnia 2018 r. do 30 czerwca 2023 r.⁴⁷ (ogłoszenie o postępowaniu z 27 lipca 2018 r.),

⁴³ Prowadzenie ponownych postępowań konkursowych, w przypadku uwzględnienia odwołania dotyczącego rozstrzygnięcia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

⁴⁴ Prowadzenie dodatkowego postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w przypadku gdy w wyniku przeprowadzonego postępowania w trybie konkursu ofert zostaną zawarte na rok następny umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej powodujące zmniejszenie, na terenie oddziału wojewódzkiego Funduszu, dostępu do świadczeń gwarantowanych w danym zakresie w stosunku do roku bieżącego.

⁴⁵ Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, ze zm.; zwana dalej „ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej”.

⁴⁶ Wniosek nr 2018/00055 o ogłoszenie postępowania przeprowadzanego w trybie konkursu ofert z 26 kwietnia 2018 r. – maksymalna liczba umów – 30, liczba jednostek rozliczeniowych – 2 160.644, wartość przedmiotu postępowania określono na nie więcej niż 28.208,9 tys. zł.

⁴⁷ Wniosek nr 2018/00109 o ogłoszenie postępowania przeprowadzanego w trybie konkursu ofert z 27 lipca 2018 r. – maksymalna liczba umów – 405, liczba jednostek rozliczeniowych – 2.231.908, wartość przedmiotu postępowania określono na nie więcej niż 22.764,1 tys. zł

3) od 1 stycznia 2019 r. do 30 czerwca 2023 r.⁴⁸ (ogłoszenie o postępowaniu z 30 sierpnia 2018 r.).

Postępowania wymienione wyżej w punkcie 1) i 2) prowadzone były na podstawie planu postępowań na rok 2018, a w punkcie 3) – planu na rok 2019.

Badaniem szczegółowym objęto postępowania o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna dzieci i młodzieży, w zakresach: świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży (04.4701.001.02) oraz świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży (04.1701.001.02), prowadzone w trybie konkursu ofert, na podstawie planu postępowań na 2018 r.

W zakresie: świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży w 2018 r. nie rozstrzygnięto konkursów. Wszystkie obowiązujące w 2018 r. umowy na realizację świadczeń (16 umów) zostały aneksowane w zakresie czasu, na jaki zostały zawarte, a osiem postępowań ogłoszonych 27 lipca 2018 r. (na okres od 1 grudnia 2018 r.), w dniu 13 sierpnia 2018 r. zostało odwołanych.

W zakresie: świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży w 2018 r. przeprowadzono trzy konkursy, w tym: dwa na okres od 1 lipca 2018 r. i jeden (uzupełniający) na okres od 15 listopada 2018 r.

Stwierdzono, że przedmiot przeprowadzonych postępowań był zgodny z założeniami planu zakupu, gdyż m. in. według planu pierwotnego liczba świadczeń zaplanowanych do zakupu wynosiła 223.102, a wartość - 2.677,2 tys. zł, natomiast po rozstrzygnięciu postępowań liczba świadczeń wzrosła do 261.221 a wartość – do 3.239,8 tys. zł (tj. o 562,6 tys. zł).

Analizie poddano postępowanie konkursowe⁴⁹ przeprowadzone w zakresie świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży. Postępowanie przeprowadzono zgodnie z planem postępowań na 2018 r. oraz ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej, rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy⁵⁰, a także rozporządzeniami Ministra Zdrowia: z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁵¹ oraz z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień⁵², jak również zarządzeniem Nr 18/2017/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 14 marca 2017 r. w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Postępowanie zostało ogłoszone na obszarze powiatów: będzińskiego, częstochowskiego, kłobuckiego, lublinieckiego, myszkowskiego, tarnogórskiego, zawierciańskiego, Bytomia, Częstochowy, Dąbrowy Górniczej i Piekar Śląskich, a maksymalną liczbę umów do zawarcia określono na jedną. W toku postępowania wpłynęła jedna oferta. W wyniku postępowania zawarto jedną umowę ze świadczeniodawcą na wymieniony obszar województwa.

(akta kontroli Tom I str. 153-193, Tom VIII str. 276-278)

⁴⁸ Wniosek nr 2019/00001 o ogłoszenie postępowania przeprowadzanego w trybie konkursu ofert z 29 sierpnia 2018 r. – maksymalna liczba umów – 422, liczba jednostek rozliczeniowych – 13.097.364, wartość przedmiotu postępowania określono na nie więcej niż 136.008,6 tys. zł.

⁴⁹ Nr 12-18-000310/PSY/04/1/04.4701.001.02/01.

⁵⁰ Dz. U. z 2018 r. poz. 1897.

⁵¹ Dz. U. z 2016 r. poz. 1372, ze zm.

⁵² Dz. U. poz. 1386, ze zm.

Analizie poddano osiem (100%) postępowań konkursowych odwołanych w dniu 13 sierpnia 2018 r. w zakresie świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży. Postępowania zostały ogłoszone prawidłowo w dniu 27 lipca 2018 r., na okres od 1 grudnia 2018 r., a przyczyną ich odwołania były m.in. trudności Centrali NFZ z publikacją szablonów konkursów ofert w 2018 r. skutkujące koniecznością ponownego ogłoszenia konkursów na okres od 1 stycznia 2019 r.

(akta kontroli Tom I str. 194-273)

W 2018 r. w wybranych do badania zakresach nie miały miejsca postępowania w trybie rokowań oraz przypadki unieważnienia postępowań.

(akta kontroli Tom I str. 186-190)

W latach 2017-2018 na terenie woj. śląskiego świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży realizowane były przez dwóch świadczeniodawców (w Lublińcu i Sosnowcu)⁵³, a świadczenia ambulatoryjne psychiatryczne dla dzieci i młodzieży realizowane były przez 16 świadczeniodawców w 2017 r. i 17 w 2018 r.⁵⁴ Świadczeniodawcy skoncentrowani byli w 13 z 36 powiatów⁵⁵ województwa śląskiego, w tym głównie w centralnej jego części, ponadto w Rybniku, Żorach i Bielsku-Białej oraz w Częstochowie, natomiast nie było ich w 23 powiatach w tym m.in. w kłobuckim, myszkowskim, lublinieckim, raciborskim, cieszyńskim i żywieckim. W zakresach: świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych oraz świadczenia psychiatryczne dla dorosłych w 2018 r. w porównaniu do roku 2017 nastąpiło zmniejszenie liczby świadczeniodawców i obowiązujących umów odpowiednio: ze 137 do 126 i z 17 do 15.

(akta kontroli Tom VIII str. 128-138, Tom I str. 282)

Odnośnie działań jakie podejmował Oddział w celu zagwarantowania dzieciom i młodzieży dostępności do ww. świadczeń i zlikwidowania miejsc, w których nie było świadczeniodawców⁵⁶ zastępca Dyrektora ds. Służb Mundurowych i Świadczeniobiorców wyjaśniła, że *W rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, w zakresie 04.4701.001.02 - świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży aktualnie świadczenia realizują 3 podmioty. Śląski OW NFZ nie ma wpływu na powstawanie nowych podmiotów leczniczych. W RPWDL wpisane są jedynie trzy podmioty posiadające komórki o kodzie 4701 – oddział psychiatryczny (ogólny) dla dzieci. Wskazać należy, że Śląski OW NFZ na bieżąco reaguje na informacje o nowych podmiotach uprawnionych i posiadających potencjał do realizacji przedmiotowych świadczeń. W listopadzie ogłoszono uzupełniające postępowanie konkursowe. Śląski OW NFZ zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie 04.4701.001.02 - świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży ze wszystkimi podmiotami uprawnionymi do realizacji przedmiotowych świadczeń odpowiednio do posiadanego potencjału. W zakresie 04.1701.001.02 - świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży od stycznia 2019 r. świadczenia realizuje 13 podmiotów w 15 miejscach, w grudniu 2018 r. było 18 [...]. Śląski OW NFZ nie ma wpływu na rozlokowanie realizatorów co do miejsc udzielania świadczeń. Postępowania konkursowe ogłoszone zostały w najbardziej optymalny dla tego zakresu sposób i objęły obszar całego województwa, biorąc pod uwagę rozlokowanie dotychczasowych miejsc realizacji świadczeń. Koncentracja podmiotów leczniczych w dużych aglomeracjach jest naturalną rzeczą, na którą Śląski OW nie ma również wpływu. [...] Wyjaśniam, że*

⁵³ W roku 2019 przez trzech; w Lublińcu, Sosnowcu i Bielsku-Białej.

⁵⁴ W roku 2019 liczba ta spadła do 13.

⁵⁵ W tym 19 miast na prawach powiatu i 17 powiatów.

⁵⁶ Tzw. białych plam.

środki finansowe określone w planie finansowym Oddziału w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień nie pozwalają zabezpieczyć świadczeń na znacząco wyższym poziomie we wszystkich newralgicznych obszarach. Na bieżąco są prowadzone analizy w zakresie dostępności do świadczeń, w miarę możliwości finansowych Oddziału podejmowane są działania zmierzające do poprawy dostępności w ww. zakresie poprzez zwiększanie wartości umów, w przypadku nadwykonań.

(akta kontroli Tom VIII str. 276-278)

1.3.2. Świadczenia w ramach opieki kompleksowej KOS-Zawał

W 2018 r. ŚOW NFZ zawarł dziewięć umów o realizację świadczeń w ramach opieki kompleksowej KOS Zawał i liczba ta nie uległa zmianie w porównaniu do roku poprzedniego. Umowy te były realizowane przez 21 świadczeniodawców pełniących funkcję koordynatorów na terenie 13 powiatów⁵⁷, głównie w centralnej oraz południowej części województwa śląskiego. Świadczenia te na północy województwa udzielane były przez dwóch świadczeniodawców, funkcjonujących na terenie miasta Częstochowa.

(akta kontroli Tom VI str. 10-11, 13-15)

Zastępca Dyrektora ds. Służb Mundurowych i Świadczeniobiorców wyjaśniła m. in., że Dodatkowo w 2019 roku zostało ogłoszone postępowanie konkursowe w zakresie kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (kos-zawał). W wyniku rozstrzygnięcia przedmiotowego postępowania kolejnym realizatorem został ZOZ w Myszkowie. Podkreślenia wymaga fakt, iż w 2019 roku na terenie województwa śląskiego świadczenia kardiologii inwazyjnej i kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (kos-zawał) realizowane są przez 12 podmiotów leczniczych, w 19 pracowniach hemodynamiki spełniających wszelkie wymagania określone w obowiązujących aktach, przy użyciu 36 angiokardiografów. Ponadto informuję, że Śląski Oddział Wojewódzki NFZ jest zainteresowany realizowaniem przez jak największą liczbę podmiotów zlokalizowanych na terenie województwa śląskiego świadczeń kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego KOS-zawał. [...] każdy wniosek złożony przez podmioty spełniające warunki wymagane do realizacji ww. świadczeń, podlegają rozpatrzeniu przez Śląski OW NFZ.

(akta kontroli Tom VI str. 447-449)

Wybrani do realizacji świadczeń w ramach KOS Zawał świadczeniodawcy udzielali świadczeń w trzech rodzajach: 1) LSZ, 2) REH i 3) AOS, obejmujących odpowiednio: 1) diagnostykę, leczenie zachowawcze lub inwazyjne lub zabiegowe realizowane w ramach hospitalizacji; 2) rehabilitację realizowaną w warunkach: stacjonarnych, oddziału/ośrodka dziennego, domowych; 3) porady w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Wszyscy ci świadczeniodawcy spełniali warunki wskazane w załączniku Nr 3 do zarządzenia nr 38/2017/DSOZ Prezesa NFZ z 29 maja 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe w zakresie posiadania w strukturze organizacyjnej oddziału szpitalnego o profilu kardiologia oraz posiadania w strukturze organizacyjnej (jeden świadczeniodawca) lub na podstawie podwykonawstwa (osiem podmiotów):

- pracowni radiologii zabiegowej lub pracowni hemodynamiki oraz pracowni elektrofizjologii,

⁵⁷ Powiaty: cieszyński, raciborski, wodzisławski, Bielsko-Biała, Bytom, Chorzów, Częstochowa, Dąbrowa Górnicza, Jastrzębie –Zdrój, Katowice, Rybnik, Sosnowiec, Tychy.

- oddziału szpitalnego o profilu kardiochirurgia,
- oddziału stacjonarnej rehabilitacji kardiologicznej lub ośrodka albo oddziału dziennego rehabilitacji kardiologicznej.

(akta kontroli Tom VI str.6-10, 197-408, 410-423)

W okresie od listopada 2017 r. do grudnia 2018 r. na 11.419 pacjentów po zawale mięśnia sercowego programem objęto 4.023 osoby (35,2%), a 7.396 (64,8%) pacjentów objętych było opieką lekarską w ramach świadczeń kardiologii-hospitalizacji⁵⁸.

Z 4.023 pacjentów objętych KOS Zawał, indywidualny plan leczenia ukończyło 539 osób (13,4%).

Wartość świadczeń sprawozdanych i wykonanych przez świadczeniodawców za rok 2018 r. wyniosła 54.058,5 tys. zł i została w 100% rozliczona przez Oddział. Kwoty wykonanych świadczeń przekraczały kwoty zobowiązania Oddziału z pierwotnych umów. W związku z tym, że świadczenia w tym zakresie były nielimitowane, Oddział zwiększał liczbę jednostek rozliczeniowych i kwotę zobowiązania z tytułu realizacji umów oraz finansował na bieżąco sprawozdawane świadczenia.

(akta kontroli Tom VI str. 11-12, 17-20, 409, 450-456)

Zastępca Dyrektora ds. Służb Mundurowych i Świadczeniobiorców wyjaśniła, że świadczenia KOS Zawał zostały wprowadzone w maju 2017 r. w związku z czym nie były wyodrębnione w planie zakupu świadczeń na ten rok i zostały sfinansowane z rezerwy finansowej. Natomiast w 2018 r. zakres ten został już ujęty w planie zakupu i sfinansowany z zabezpieczonych na ten cel środków.

(akta kontroli Tom VI str.449)

W 2018 r. do ŚOW NFZ wpłynęła jedna skarga dotycząca braku możliwości leczenia w ramach KOS Zawał. W wyniku postępowania wyjaśniającego, ŚOW NFZ uznał skargę za zasadną w części dotyczącej braku właściwej informacji świadczeniodawcy odnośnie dalszego postępowania rehabilitacyjnego wobec pacjenta.

(akta kontroli Tom VI str.16)

1.3.3. Świadczenia STM udzielane w mobilnych gabinetach stomatologicznych

Zgodnie z ustawą o szczególnych rozwiązaniach udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu STM na terenie województwa śląskiego, od roku 2018, realizowane było m.in. w mobilnych gabinetach stomatologicznych, tj. dentobusach.

W 2018 r. Oddział przeprowadził postępowanie konkursowe w rodzaju STM, w zakresach: świadczenia udzielane w dentobusie oraz świadczenia udzielane w dentobusach – ryczałt, obejmujące obszar województwa. Wybór tego obszaru kontraktowania wynikał z faktu przekazania przez Ministra Zdrowia jednego dentobusu na województwo śląskie i możliwości realizacji świadczeń na terenie całego województwa. Było to zgodne z § 1 pkt 2 lit. a) zarządzenia Nr 6/2018/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 25 stycznia 2018 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne⁵⁹, zgodnie z którym Dyrektor Oddziału zawierał umowę z jednym świadczeniodawcą udzielającym świadczeń w dentobusie na obszarze danego województwa.

⁵⁸ Świadczenia kardiologii-hospitalizacji E10, E11, E12G i E15.

⁵⁹ Zwanym dalej „zarządzeniem w sprawie dentobusów”.

W ramach konkursu ofert (ogłoszonego 20 lutego 2018 r.⁶⁰) do Oddziału wpłynęła jedna oferta. Oddział zawarł umowę z wybranym świadczeniodawcą na okres od 1 kwietnia 2018 r. do 30 czerwca 2022 r.⁶¹

Na okres od 1 kwietnia 2018 r. do 31 grudnia 2018 r. według umowy zaplanowano:

a) liczbę jednostek rozliczeniowych:

- świadczenia udzielane w dentobusie - 135.000,
- świadczenia udzielane w dentobusach – ryczałt – 9;

b) wartość umowy:

- świadczenia udzielane w dentobusie - 130.950,0 zł (cena jednostki – 0,97 zł),
- świadczenia udzielane w dentobusach – ryczałt - 65.748,87 zł (cena jednostki – 7.305,43 zł).

(akta kontroli Tom I str. 292-302, 305-333)

Umowę zawarto na okres od dnia 1 kwietnia 2018 r., a udzielanie świadczeń w dentobusie rozpoczęto 28 czerwca 2018 r.

(akta kontroli Tom I str. 299-300, 305, 322, 339-340, CD nr 2)

P.o. Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że *Jak wynika z informacji będących w posiadaniu Śląskiego OW NFZ umowa udostępnienia dentobusu przez Wojewodę została podpisana 14 czerwca 2018 r., następnie po ubezpieczeniu pojazdu przez świadczeniodawcę, pojazd musiał zostać fizycznie odebrany od producenta z Radomia. Z uwagi na powyższe świadczeniodawca rozpoczął realizację świadczeń w późniejszym terminie.*

(akta kontroli Tom VIII str. 127)

Zgodnie z § 10 ust. 3 i 4 zarządzenia w sprawie dentobusów, świadczeniodawca przekazał do Oddziału harmonogramy postojów dentobusów za okres od sierpnia do grudnia 2018 r., a po zaakceptowaniu ich przez Dyrektora Oddział zamieszczał harmonogramy na swojej stronie internetowej.⁶² P.o. Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że w lipcu świadczeniodawca odwiedził domy dziecka w powiecie będzińskim.

(akta kontroli Tom I str. 299, 334-340, 397-399, Tom VIII str. 1-3,19-21, 55-57, 98-100)

Zgodnie z harmonogramami postojów, świadczenia w dentobusie w okresie od sierpnia do grudnia 2018 r. udzielane były głównie przy przedszkolach w Częstochowie, Mysłowicach, Sosnowcu, Świętochłowicach, Pszczynie, Miasteczku Śląskim, Nowej Wsi, Ćwiklicach Radostowicach, Piasku, Jaworznie, Jankowicach, Kobiórze, Złotym Potoku, Łazach, Będzinie, Pawłowicach, Myszkowie, Miedźnie, Porębie, Chełmie Śląskim, Łędzinach, Wyrach, Sławkowie, Knurowie, Zawierciu, Mikołowie, Kłobucku, Konopiskach, Siewierzu, Dąbrowie Górniczej, Tarnowskich Górach, Radzionkowie, Piekarach Śląskich.

(akta kontroli Tom I str. 334-338, 397-430, Tom VIII str. 1-123, 198-199)

Ustalono, że w 10 miejscowościach (oraz gminach): Mysłowice, Sosnowiec, Świętochłowice, Myszków, Knurów, Mikołów, Będzin, Częstochowa, Dąbrowa Górnicza i Piekary Śląskie znajdowały się gabinety stomatologiczne, które realizowały świadczenia dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia na podstawie umów

⁶⁰ Nr postępowania 12-18-000231/STM/07/1/07.0000.400.02/01.

⁶¹ Aneks nr 3/07/2018 do umowy nr 125/210332/07/2018 z 30 marca 2018 r.

⁶² Przykładowo: <http://www.nfz-katowice.pl/dla-pacienta/harmonogram-dentobusu/12/2018/>

zawartych z Oddziałem⁶³, a na terenie 29 z 35 miejscowości, tj. 82,8%, w których według harmonogramu stacjonował dentobus znajdowały się gabinety realizujące świadczenia ogólnostomatologiczne⁶⁴.

(akta kontroli Tom I str. 397-430, Tom VIII str. 1-123, 139-141)

Oddział akceptował lokalizacje postojów dentobusów, które nie odpowiadały celowi określone w uzasadnieniu do ustawy o szczególnych rozwiązaniach, co szczegółowo opisano w dalszej części wystąpienia, w sekcji *Ustalone nieprawidłowości*.

(akta kontroli Tom I str. 321-338, 397-430, Tom VIII str. 1-123)

W umowie zawartej ze świadczeniodawcą Oddział nie określił miejsc postoju dentobusu. P.o. Dyrektor wyjaśnił, że *Szablony postępowań konkursowych jak również załączniki do umowy nie przewidują wprowadzenia do systemu parametrów, które byłyby pomocne w określaniu lokalizacji postojów dentobusu. Każdy Oddział Wojewódzki jest zobowiązany do stosowania się do treści dokumentacji (szablonów) przekazywanych przez Centralę NFZ.*

(akta kontroli Tom I str.312-333, Tom VIII str. 256-257)

W toku kontroli dokonano weryfikacji 30 wskazanych w harmonogramach miejsc postoju dentobusów pod kątem faktycznego udzielania świadczeń i stwierdzono, że w 21 przypadkach w dentobusie nie udzielono świadczeń w zaplanowany sposób, co szczegółowo opisano w dalszej części wystąpienia, w sekcji *Ustalone nieprawidłowości*.

(akta kontroli Tom VIII str. 281-284)

W 2018 r. nie udzielano świadczeń w dentobusach w powiatach usytuowanych na terenach południowych województwa śląskiego (powiaty: raciborski, wodzisławski, bielski, cieszyński, żywiecki).

(akta kontroli Tom I str. 304, 334-340, Tom VIII str. 127)

W 2018 r., na 2307 rozliczonych w dentobusie procedur, 1873 (82%) stanowiły procedury w ramach świadczeń profilaktycznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19 roku życia.

(akta kontroli Tom VIII str. 186)

Oddział podejmował działania w celu poinformowania mieszkańców woj. śląskiego o miejscach i terminach postoju dentobusu, m.in. zwrócił się do Urzędu Wojewódzkiego z prośbą o wskazanie obszarów-miejsc, w których ocenie Urzędu istnieje pilna potrzeba realizacji świadczeń stomatologicznych wykonanych w dentobusie⁶⁵. Ponadto do Oddziału wpłynęły pisma ze Starostwa Powiatowego w Kłobucku, Rady Miasta Gliwice i Urzędu Miejskiego w Sosnowcu w sprawie uwzględnienia postoju dentobusu na terenie ich właściwości. W dniu 17 lipca 2018 r. Oddział opublikował na stronie internetowej informację o wszczęciu udzielania świadczeń przez dentobus⁶⁶.

(akta kontroli Tom VIII, str. 188-197)

⁶³ Kod zakresu 07.0000.221.02.

⁶⁴ Kod zakresu 07.0000.218.02.

⁶⁵ Oddział nie uzyskał informacji zwrotnej w tym zakresie.

⁶⁶ <http://www.nfz-katowice.pl/news/469/o-nas/aktualnosci-oddzialu/120295>

W roku 2018 świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia realizowane były w 29 na 36 powiatów województwa śląskiego (80 %), a świadczenia w dentobusie miały być udzielane w 16⁶⁷ powiatach (44%), w tym w czterech⁶⁸ z siedmiu, w których Oddział nie zabezpieczył świadczeń ogólnostomatologicznych wyłącznie dla świadczeniobiorców poniżej 18 roku życia.

W roku 2018 w zakresie świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia wykonano 6.274.613,5 jednostek rozliczeniowych (6.570.981,91 zł). W zakresie świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży w dentobusie rozliczono 143.941,5 jednostek, tj. 2,3% świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży (139,6 tys. zł) oraz 6,33 jednostek w zakresie świadczenia udzielane w dentobusach – ryczałt (46.243,37 zł).

W 2017 r. liczba wykonanych jednostek w zakresie świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia wyniosła 3.037.709,3. W porównaniu do roku 2017, liczba ta w 2018 r. wzrosła o 3.236.904,2 jednostek tj. o 106%.

(akta kontroli Tom I str. 301, 303-304)

W 2018 r. na koszt udzielania świadczeń w dentobusie składał się iloczyn liczby punktów za wykonane świadczenia i ceny jednostkowej punktu oraz wartość i liczba ryczałtów miesięcznych. Wartość punktu w dentobusie wynosiła 0,97 zł a wartość miesięczna ryczałtu 7,3 tys. zł.

Koszt pozostałych świadczeń w rodzaju STM stanowił iloczyn liczby punktów i ceny jednostkowej punktu. Średnia wartość punktu w zakresie świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia wynosiła 1,046092 zł.

(akta kontroli Tom I str. 302, 323-324)

W 2018 r. w rodzaju STM występowały niewykonania umów. Oddział prawidłowo monitorował poziom realizacji świadczeń i zwracał się do świadczeniodawców o wyjaśnienia zaistniałej sytuacji i proponował zmiany w planach rzeczowo-finansowych. Ponadto Oddział rozpatrywał indywidualne wnioski świadczeniodawców o zwiększenia wartości umów.

(akta kontroli Tom I str. 301, 341-387)

Na 2285 pacjentów, których uwzględniono w rozliczeniu świadczeń w dentobusie, 2265 osób wykazano w rozliczeniu tylko raz.

P.o. Dyrektor w wyjaśnieniu stwierdził, że Świadczeniodawca planując pobyty dentobusu informuje o konieczności przedłożenia zgody na udzielanie świadczeń podopiecznym. Z informacji uzyskanych od świadczeniodawcy wynika, że zdarza się, że deklarowana wstępnie wola opiekunów dotycząca skorzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej przez dzieci w dentobusie ostatecznie nie zostaje potwierdzona - zgodę na udzielenie świadczeń przynosi kilkoro dzieci.

(akta kontroli Tom VIII str. 127, 186)

⁶⁷ Będzińskim, częstochowskim, gliwickim, kłobuckim, mikołowskim, myszkowskim, pszczyńskim, tarnogórskim, bieruńsko-łędzkim, zawierciańskim, Częstochowa, Jaworzno, Mysłowice, Piekary Śląskie, Sosnowiec, Świętochłowice,

⁶⁸ Pszczyńskim, tarnogórskim, bieruńsko-łędzkim, Jaworzno.

**Ustalone
nieprawidłowości**

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

1. W Oddziale zaakceptowano lokalizacje postojów dentobusu (wskazywane w harmonogramach ich postojów, przedkładanych przez świadczeniodawcę do akceptacji Dyrektora Oddziału⁶⁹), które nie odpowiadały celowi określone w uzasadnieniu do ustawy o szczególnych rozwiązaniach, zgodnie z którym dentobusy miały umożliwić zapewnienie opieki stomatologicznej dzieciom w mniejszych miejscowościach, gdzie nie ma gabinetu stomatologicznego w najbliższej okolicy. Przykładowo, w harmonogramie ujęto Częstochowę⁷⁰ z trzema miejscami udzielania świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży oraz 40 miejscami udzielania świadczeń ogólnostomatologicznych, Sosnowiec⁷¹ (odpowiednio dwa i 26), Dąbrowę Górniczą⁷² (odpowiednio dwa i siedem).

(akta kontroli Tom I str. 334-338, 397-430, Tom VIII str. 1-123, 287-396)

P.o. Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że *Z powodu problemów logistycznych ustalanie harmonogramu dentobusu jest trudne, dodatkowo obciążone ryzykiem niepowodzenia przede wszystkim z powodu braku zgód na leczenie wyrażonych przez opiekunów prawnych dzieci. Z uwagi na znikomą ilość stomatologicznych gabinetów szkolnych w województwie śląskim wskazano świadczeniodawcy, że harmonogramy postoju dentobusu powinny dotyczyć placówek oświatowych zlokalizowanych na obszarze całego województwa. [...] Śląski OW NFZ zakontaktował świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do 18 r.ż. w 29 z 36 powiatów województwa śląskiego. Fakt, że na terenie 7 powiatów nie są udzielane świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży nie oznacza, że nie ma tam możliwości korzystania ze świadczeń przez wskazaną grupę świadczeniobiorców. Śląski OW NFZ zawarł umowy w 36 powiatach (166 gminach) województwa śląskiego w zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych, w ramach, których istnieje możliwość leczenia dzieci i młodzieży. Na terenie szkół działają aktualnie 4 gabinety realizujące umowy w rodzaju leczenia stomatologiczne w tym 3 udzielające świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do 18 r.ż. (1- Sosnowiec, 1- Bytom, 2- Ruda Śląska) i 1 udzielający świadczeń ogólnostomatologicznych (Rybnik). Z uwagi na powyższe wskazano świadczeniodawcy, że harmonogramy postoju dentobusu powinny dotyczyć placówek oświatowych zlokalizowanych na obszarze całego województwa. Dentobus w okresie od lipca do grudnia, a realnie od września do grudnia odwiedził 16 z 36 powiatów województwa Śląskiego, w tym 4 z 7 gdzie nie udało się zabezpieczyć świadczeń ogólnostomatologicznych adresowanych wyłącznie dla świadczeniobiorców poniżej 18 roku życia.*

(akta kontroli Tom I str. 300, Tom VIII str. 127)

Ponadto p.o. Dyrektor wyjaśnił, że *Ze względu na nowatorski charakter udzielania świadczeń Oddział nie ingerował w miejsca postoju dentobusu. [...]. P.o. Dyrektor wyjaśnił także że z uwagi na fakt, iż na terenie Śląska brak jest gabinetów szkolnych przyjęto, że nie będzie błędem, jeżeli świadczeniodawca nawiąże współpracę z samorządem lokalnym i placówkami oświatowymi. Powyższe było przedmiotem rozmów ze świadczeniodawcą prowadzonych przez Dyrektora Oddziału i Kierownika*

⁶⁹ Zgodnie z poz. 4.2 tabeli nr 2 (Warunki realizacji świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia udzielanych w dentobusie), załącznika nr 2a do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego świadczeniodawca ustala i zgłasza plan i harmonogram realizacji świadczeń w ujęciu miesięcznym do Narodowego Funduszu Zdrowia przy uwzględnieniu potrzeb zdrowotnych świadczeniobiorców w danym województwie.

⁷⁰ Gmina i powiat Częstochowa.

⁷¹ Gmina i powiat Sosnowiec.

⁷² Gmina i powiat.

Działu WSOZ II. [...]. Oddział miał świadomość, że udzielanie świadczeń w samochodzie jest logistycznie trudne. Pomimo, iż samochód został przystosowany do realizacji świadczeń zdrowotnych to aby wykonywać świadczenia zmuszony jest zaparkować, powyższe powoduje, że świadczenia nie mogą być realizowane w każdym dowolnie wybranym miejscu, bez uzgodnienia miejsca z właścicielem terenu. Dlatego też Oddział akceptował harmonogramy bez zastrzeżeń oraz wskazał świadczeniodawcy, że przed wypracowaniem swojego własnego modelu postępowania może w I etapie skupić się na placówkach oświatowych. Potwierdzeniem słuszności przyjętego na Śląsku rozwiązania jest podpisana przez Prezydenta ustawa z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami z zapisów której wynika, że Dentobusy mają stanowić uzupełnienie zabezpieczenia świadczeń udzielanych w szkolnych gabinetach dentystycznych.

(akta kontroli Tom VIII str. 254-257)

Kierownik Działu WSOZ II wyjaśniła, że Mając na uwadze politykę rządu i promowanie opieki profilaktycznej i medycznej nad dziećmi (np. wyposażanie gabinetów stomatologicznych na terenie szkół) uznałam, że nie będzie błędem jeżeli świadczeniodawca nawiąże współpracę z samorządem lokalnym i placówkami oświatowymi. [...] po 12 miesiącach działania dentobusu będziemy informować świadczeniodawcę o oczekiwaniach Oddziału co do miejsc postoju zwracając uwagę na „mniejsze miejscowości”.

(akta kontroli Tom VIII str. 258-259)

NIK nie podziela stanowiska zaprezentowanego w powyższych wyjaśnieniach, albowiem celem wprowadzenia świadczeń stomatologicznych w dentobusach było dotarcie do dzieci (pacjentów) w mniejszych miejscowościach, tam gdzie niemożliwy lub co najmniej utrudniony jest dostęp do opieki stomatologicznej.

2. W Oddziale nie zapewniono rzetelnego nadzoru nad realizacją przez świadczeniodawcę umowy o udzielanie świadczeń w dentobusie.

Kontrola wykazała, że spośród 30⁷³ wybranych do szczegółowego badania lokalizacji (przy placówkach oświatowych) zatwierdzonych przez Oddział w harmonogramie świadczeń, do 18 miejsc (60%) dentobus nie przyjechał i placówki nie zostały poinformowane o zaplanowanej wizycie. W trzech przypadkach (10%) świadczenia wykonano w innym niż wskazane w harmonogramie terminie – m.in. świadczenia, które miały być realizowane w sierpniu zostały wykonane w listopadzie 2018 r., a wskazane w harmonogramie do wykonania w październiku, zrealizowane zostały w lipcu. Nadto, świadczeniodawca jako miejsce udzielania świadczeń wskazał w harmonogramie m.in. w sierpniu 2018 r. przedszkole, które w tym miesiącu nie sprawowało opieki nad dziećmi w związku z przerwą wakacyjną oraz przedszkole, które od 2017 r. nie funkcjonowało pod wskazanym adresem.

Brak nadzoru ze strony Oddziału spowodował, że mimo iż świadczenia nie były udzielane zgodnie z harmonogramem, a świadczeniodawca nie informował Oddziału o zmianach miejsc i dat postoju, co było niezgodne z § 9 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁷⁴ oraz § 10 pkt 2-5 zarządzenia nr 47/2018/DSOZ Prezesa NFZ z 7 czerwca 2018 r. w sprawie dentobusów, Oddział sfinansował bez uwag świadczenia zgłoszone do rozliczenia.

(akta kontroli Tom VIII str. 258-261, 279-286, 397-452, 455-459)

⁷³ Próba wybrana losowo spośród 97 lokalizacji podanych w harmonogramach z 2018 r.

⁷⁴ Dz. U. z 2016 r. poz. 1146 ze zm., zwane dalej „rozporządzeniem OWU”.

P.o. Dyrektor wyjaśnił, że Oddział w 2018 roku nie prowadził postępowania kontrolnego u świadczeniodawcy realizującego świadczenia stomatologiczne w dentobusie pod kątem rzeczywistego udzielania świadczenia w konkretnych miejscach jego stacjonowania i jakości udzielanych świadczeń. W dentobusie nie został zainstalowany GPS, ani inne urządzenie naprowadzające pozwalające śledzić ruchy dentobusu. Dentobus jest własnością Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego i ani Świadczeniodawca ani Oddział nie jest uprawniony do wprowadzania zmian i montażu dodatkowych urządzeń w pojeździe. Oddział nie posiada również innych możliwości do codziennego prowadzenia nadzoru nad świadczeniodawcami. [...] Z obowiązujących aktów prawnych nie wynika, że Oddział zobowiązany jest do codziennej kontroli rzeczywistego miejsca postoju dentobusu. Świadczeniodawca nie informował Oddziału o zmianach miejsc postoju. Jednocześnie do Oddziału nie wpłynęła żadna informacja, że dentobusu nie było we wskazanym w harmonogramie miejscu. [...] Aktualnie świadczeniodawcy wskazano na konieczność pisemnego zgłaszania korekt do harmonogramu postojów oraz problemów związanych z udzielaniem świadczeń w dentobusie.

Ponadto p.o. Dyrektor oraz Kierownik Działu Kontraktowania Świadczeń w POZ i Stomatologii wyjaśnili, że Świadczeniodawca realizujący świadczenia w dentobusie, tak jak każdy inny podmiot sprawozdaje wykonane świadczenia. Oddział nie ma możliwości bieżącego weryfikowania, czy świadczeniodawca realizuje świadczenia zgodnie z przedstawionym harmonogramem oraz we wskazanym miejscu. [...] W związku z powyższym zweryfikowanie czy sprawozdane świadczenia zostały faktycznie wykonane możliwe jest wyłącznie poprzez przeprowadzenie kontroli dokumentacji medycznej. [...].

Aktualnie Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej jest w trakcie przygotowania wniosku do Departamentu Kontroli Centrali NFZ o przeprowadzenie kontroli świadczeniodawcy realizującego świadczenia ogólnostomatologiczne w dentobusie w celu weryfikacji prawidłowości realizacji przedmiotowej umowy.

(akta kontroli Tom VIII str. 453-457, 460-473)

NIK nie podziela stanowiska przedstawionego w powyższych wyjaśnieniach. Podkreślić należy, że weryfikacja miejsc udzielania świadczeń w dentobusie była możliwa przy wykorzystaniu np. danych ogólnie dostępnych w internecie (dot. przedszkola zlikwidowanego w 2017 r., czy przedszkola niepracującego w sierpniu 2018 r.), a także poprzez kontakt z wybranymi przedszkolami celem potwierdzenia faktycznego wykonania świadczeń, czego Oddział nie uczynił. Nadto, w związku z tym, że harmonogram – poprzez jego publikację na stronie internetowej Oddziału - jest źródłem informacji dla świadczeniobiorców, a ze świadczeń udzielanych w dentobusie mogą korzystać nie tylko wychowankowie wskazanych placówek oświatowych, ale wszystkie dzieci i młodzież do ukończenia 18 roku życia, harmonogram powinien być rzetelnie weryfikowany przez Oddział i uaktualniany na bieżąco.

OCENA CZĄSTKOWA

W roku 2018 planowanie procesu kontraktowania odbywało się w sposób zorganizowany, w oparciu o dostępne dane. Pomimo, że wartość ogółem zawartych umów na koniec 2018 r. oraz wartość zawartych umów przypadająca na jednego ubezpieczonego była wyższa o 7% w porównaniu do 2017 r., to dostępność do świadczeń zdrowotnych w rodzaju PSY w czterech szczegółowo badanych przez NIK zakresach⁷⁵ nie uległa poprawie.

⁷⁵ Zakresy: świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży, świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży, świadczenia psychiatryczne dla dorosłych i świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych.

Wybrane do kontroli postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, przeznaczonych dla dzieci i młodzieży, zostały przeprowadzone prawidłowo. Została zapewniona powszechna dostępność do świadczeń w ramach opieki kompleksowej KOS-Zawał.

Środki przeznaczone na funkcjonowanie dentobusów umożliwiły większej liczbie dzieci dostęp do świadczeń stomatologicznych, nie powodując jednoczesnego zmniejszenia ponoszonych przez Oddział kosztów świadczeń udzielanych w dotychczasowych gabinetach. Stwierdzone równocześnie nieprawidłowości dotyczyły miejsc postoju dentobusu, które nie uwzględniały osiągnięcia założonego celu oraz niezapewnienia rzetelnego nadzoru Oddziału, w wyniku czego świadczeniodawca nie udzielał świadczeń w miejscach i terminach ustalonych przez Oddział.

OBSZAR

2. Wykonanie planu finansowego

2.1. Przygotowanie planu finansowego OW

Opis stanu
faktycznego

Podstawą określenia wartości planowanych kosztów zadań Oddziału na rok 2018 były wytyczne Centrali NFZ oraz analizy wewnętrzne. Wytyczne określały sumaryczną kwotę planu finansowego, kwoty dotacji oraz sugerowane wskaźniki wzrostu dla wybranych pozycji planu finansowego. Plan finansowy określał maksymalne kwoty kontraktów oraz planowanych kosztów w poszczególnych rodzajach świadczeń. Prezes NFZ w piśmie z 19 czerwca 2017 r. określił wielkość przewidywanych kosztów Oddziału na 2018 r. w kwocie 9.781.273 tys. zł, w tym koszty świadczeń zdrowotnych – 9.414.330 tys. zł. Projekt planu finansowego sporządzony w powyższych kwotach, został pozytywnie zaopiniowany przez Radę Oddziału w uchwale nr 4/V/2017 z 23 czerwca 2017 r. Jednocześnie Rada Oddziału w uchwale nr 5/V/2017 z 23 czerwca 2017 r. w sprawie prognozy przychodów i kosztów na lata 2018-2020, wskazała na malejącą rokrocznie dynamikę wzrostu środków przeznaczonych na finansowanie świadczeń, wpływającą na poziom zabezpieczenia świadczeń na obszarze województwa śląskiego.

Projekt planu finansowego Oddziału wraz z uzasadnieniem i opinią Rady Oddziału został przekazany, zgodnie z art. 120 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, w dniu 26 czerwca 2017 r. do Centrali NFZ.

(akta kontroli Tom II str. 95-122)

W dniu 25 września 2017 r., Centrala NFZ przekazała Oddziałowi plan finansowy stanowiący podstawę przygotowania postępowań w sprawie zawarcia umów w poszczególnych rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej na 2018 r., z wielkością przewidywanych kosztów w kwocie 9.780.870 tys. zł, w tym kosztów świadczeń zdrowotnych w kwocie 9.414.330 tys. zł (plan pierwotny).

W porównaniu do wykonania planu w 2017 r.⁷⁶, koszty ogółem w planie pierwotnym na 2018 r. wzrosły o 41.987 tys. zł (0,4%), co wynikało głównie ze wzrostu kosztów świadczeń zdrowotnych (o 33.415 tys. zł) i kosztów finansowania leku (o 6.570 tys. zł).

Minister Zdrowia w dniu 11 stycznia 2018 r. zatwierdził plan finansowy NFZ na 2018 r. w ramach którego koszty Oddziału określono na kwotę 9.779.606 tys. zł⁷⁷. Po zmianach dokonanych w trakcie 2018 r. plan finansowy Oddziału wynosił

⁷⁶ Koszty ogółem w 2017 r. wyniosły 9.738.883 tys. zł.

⁷⁷ W tym koszty świadczeń opieki zdrowotnej w kwocie 9.414.330 tys. zł.

10.253.453 tys. zł (wzrost o 472.583 tys. zł, tj. o 4,8% w porównaniu do pierwotnego planu).

(akta kontroli Tom II str.134-140, 156-160, 246-251)

W ciągu roku 21-krotnie dokonywano zwiększenia planu finansowego Oddziału, a cztery razy – jego zmniejszenia. Zwiększenie planu finansowego następowało 17-krotnie wskutek przydziału przez Centralę NFZ dodatkowych środków głównie na świadczenia zdrowotne (143.337 tys. zł), a czterokrotnie wskutek wydania przez Prezesa NFZ zarządzeń o przyznaniu dodatkowych środków (301.960 tys. zł), w tym w dwóch przypadkach z rezerwy ogólnej (96.142 tys. zł), na zwiększenie dostępu do świadczeń. Zmniejszenie planu finansowego Oddziału (o 7.669 tys. zł) nastąpiło wskutek pism Centrali NFZ o zmniejszeniu środków na zakup sprzętu informatycznego, oprogramowania i szkoleń świadczeniodawców POZ wystawiających zaświadczenia lekarskie, a także o zamrożeniu wynagrodzeń zgodnie z art. 7 ust. 1 ustawy z 8 grudnia 2017 r. o szczególnych rozwiązaniach służących realizacji ustawy budżetowej na 2018 r.⁷⁸

Dodatkowe środki przeznaczono głównie na finansowanie świadczeń LSZ, POZ i AOS.

(akta kontroli Tom II str. 161-201, 246-251)

W 2018 r. Oddział 15 razy dokonywał przesunięć środków w planie finansowym⁷⁹, co uzasadniano głównie koniecznością dostosowania struktury kosztów do faktycznych potrzeb. Przesunięć dokonywano również w związku z uruchomieniem przez Prezesa NFZ, w trybie art. 124 ust. 7 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej⁸⁰, rezerw na koszty świadczeń opieki zdrowotnej⁸¹. Związane to było z koniecznością realizacji zadań wynikających z opublikowanych przepisów⁸² (m. in. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, które miały wpływ na wysokość refundacji) oraz koniecznością zabezpieczenia środków na udzielenie przez Dyrektora Oddziału upoważnień do zaciągnięcia zobowiązań w zakresie kosztów świadczeń.

(akta kontroli Tom II str. 138-140, 156-158, 211-253)

Do planu finansowego Oddziału wprowadzono na 2018 r. (niewystępujące w 2017 r.), środki na sfinansowanie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programów pilotażowych, obejmujące środki na realizację projektu dotyczącego POZ Plus⁸³ w kwocie łącznej 5.630 tys. zł oraz programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego⁸⁴ w kwocie 3.549 tys. zł. Wysokość tych kosztów wynikała z dyspozycji Centrali NFZ i zarządzeń Prezesa NFZ⁸⁵. W trakcie roku dokonywano również przesunięć w planie finansowym powodujących dwukrotne zwiększenie i jednokrotne zmniejszenie środków na programy pilotażowe, co uzasadniano koniecznością dostosowania struktury kosztów do faktycznych potrzeb. Zmiany

⁷⁸ Dz. U. z 2018 r., poz. 2371.

⁷⁹ Po poinformowaniu Prezesa NFZ.

⁸⁰ Na wniosek Dyrektora Oddziału.

⁸¹ W ramach migracji ubezpieczonych oraz refundacji leków, o których mowa w art. 118 ust. 2 pkt 2 lit. c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

⁸² Np. rozporządzenie Ministra Zdrowia z 28 sierpnia 2017 r. w sprawie podziału kwoty środków finansowych w 2018 r. stanowiącej wzrost całkowitego budżetu na refundację (Dz. U. poz. 1638), rozporządzenie Ministra Zdrowia z 11 października 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie podziału kwoty środków finansowych w 2018 r. stanowiącej wzrost całkowitego budżetu na refundację (Dz. U. poz. 1962).

⁸³ Projekt pn.: „Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK) Etap II Faza pilotażowa – model POZ Plus”.

⁸⁴ Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz. U. poz.852).

⁸⁵ Zarządzenia Prezesa NFZ: nr 33/2018/DEF z 16 kwietnia 2018 r. i nr 51/2018/DEF z 15 czerwca 2018 r.

w planie finansowym były uzasadnione, a odchylenia dla poszczególnych kategorii kosztów nie mogły być wcześniej przewidziane, a tym samym uwzględnione w planie.

(akta kontroli Tom II str. 35-36, 138-140, 161-201, 246-251)

2.2. Wykonanie planu kosztów

Opis stanu faktycznego

Koszty Oddziału w 2018 r. wyniosły 10.190.142,8 tys. zł⁸⁶, co stanowiło 99,4% kosztów planowanych po zmianach⁸⁷ i 107,1% kosztów poniesionych w 2017 r.⁸⁸ Główną przyczyną wyższych w 2018 r. kosztów Oddziału w stosunku do poprzedniego roku był wzrost:

- kosztów świadczeń opieki zdrowotnej o 630.926,4 tys. zł (o 6,9% w porównaniu do 2017 r.)⁸⁹, tj. do kwoty 9.804.614,3 tys. zł, co stanowiło 99,4% kosztów świadczeń planowanych ogółem na 2018 r.⁹⁰,
- kosztów finansowania leku o 25.590,4 tys. zł (o 40,2% w porównaniu do 2017 r.)⁹¹, tj. do kwoty 89.249,8 tys. zł, co stanowiło 104,9% kosztów finansowania leku planowanych ogółem na 2018 r.⁹², co szczegółowo opisano w sekcji *stwierdzone nieprawidłowości*.

(akta kontroli Tom II str. 10, 19)

Wzrost kosztów świadczeń spowodowany był głównie zwiększeniem kosztów LSZ o 464.187,9 tys. zł (10,2%) i POZ o 121.296,7 tys. zł (10,0%).

(akta kontroli Tom II str. 10, 19)

Według wyjaśnień p.o. Dyrektora Oddziału wzrost ten wynikał:

- w przypadku LSZ, głównie z wprowadzania przez Ministra Zdrowia co dwa miesiące zmian w listach leków refundowanych⁹³, wprowadzenia przez Prezesa NFZ w drodze zarządzenia⁹⁴ współczynnika korygującego⁹⁵, który nie był uwzględniony w początkowych propozycjach umów, wprowadzenia przez Ministra Zdrowia w drodze rozporządzenia OWU podwyżek wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych, lekarzy oraz ratowników medycznych,
- w przypadku POZ, głównie ze zmian wynikających z zarządzeń Prezesa NFZ⁹⁶, m. in.: nr 62/2018/DSOZ z 27 czerwca 2018 r. (wzrost wartości rocznej stawki kapitacyjnej dla świadczeń lekarza POZ ze 144 zł do 147 zł), nr 100/2018/DSOZ z 26 września 2018 r. (wzrost wartości rocznej stawki kapitacyjnej dla pielęgniarek, położnych, pielęgniarek szkolnych oraz zmiana współczynnika korygującego w produkcie lekarza POZ, w przedziale wiekowym 40-65 lat z 1,24 na 1,3), nr 101/2018/DSOZ z 28 września 2018 r. (zmiana współczynnika korygującego w produkcie lekarza POZ, w przedziale wiekowym 0-6 lat z 2,4 na 2,7 oraz 66-75 lat z 2,4 na 2,7).

⁸⁶Według stanu na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych, tj. 19 lutego 2019 r.

⁸⁷ Koszty planowane na 2018 r. (po zmianach) wyniosły 10.253.453,0 tys. zł.

⁸⁸ Koszty wykonane w 2017 r. wyniosły 9.512.465,8 tys. zł.

⁸⁹ W 2017 r. koszty świadczeń opieki zdrowotnej wyniosły 9.173.687,9 tys. zł.

⁹⁰ Planowane koszty świadczeń opieki zdrowotnej na 2018 r. wyniosły 9.859.627,0 tys. zł.

⁹¹ W 2017 r. koszty finansowania leku wyniosły 63.659,4 tys. zł.

⁹² Planowane koszty finansowania leku na 2018 r. wyniosły 85.116 tys. zł.

⁹³ Wprowadzających nowe programy lekowe i zmiany w sposobie finansowania świadczeń.

⁹⁴ Zarządzenie Prezesa NFZ nr 81/2017/DSOZ z 8 września 2017 r. zmieniające zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

⁹⁵ Wprowadzenie współczynnika korygującego 1,2 dla świadczeniodawców zakwalifikowanych w ramach sieci szpitali do poziomu szpitali ogólnopolskich, szpitali onkologicznych lub pulmonologicznych, np. w sytuacji rozliczania hospitalizacji do brachyterapii i terapii izotopowej.

⁹⁶ W sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

P.o. Dyrektor Oddziału wyjaśnił także, że przyczyną wzrostu kosztów finansowania leku była wzrastająca liczba ubezpieczonych korzystających z projektu leki 75+⁹⁷ i skorelowana z nią wzrastająca liczba recept⁹⁸ oraz rozszerzenie przez Ministerstwo Zdrowia listy preparatów dostępnych w ramach programu 75+⁹⁹.

(akta kontroli Tom II str. 204-210)

W kosztach świadczeń opieki zdrowotnej największy udział miały koszty LSZ¹⁰⁰ (51,1%), POZ¹⁰¹ (13,6%) oraz koszty refundacji leków¹⁰² (11,0%), a najmniejszy - rezerwa na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej¹⁰³ (0,01%) oraz koszty pomocy doraźnej i transportu sanitarnego¹⁰⁴ (0,06%).

(akta kontroli Tom II str. 10)

Koszty zrealizowane w 2018 r. były o 63.310,2 tys. zł niższe od limitu określonego w planie finansowym Oddziału. Koszty niższe o ponad 10,0% od zaplanowanych wystąpiły m.in. w przypadku¹⁰⁵ kosztów programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie (o 236,1 tys. zł, tj. 59,8%). W ramach kosztów świadczeń opieki zdrowotnej¹⁰⁶ koszty niższe od zaplanowanych o ponad 10,0% wystąpiły w przypadku: rezerwy na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej (niższe o 435,1 tys. zł, tj. 27,2%) oraz kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programów pilotażowych (niższe o 1.967,1 tys. zł, tj. 18,3%).

(akta kontroli Tom II str. 10, 19)

P.o. Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że przyczyną niepełnego wykorzystania zaplanowanych środków w odniesieniu do kosztów programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie oraz kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programów pilotażowych było przeszacowanie przez świadczeniodawców przewidywanej do zrealizowania liczby świadczeń dotyczących programu: Kompleksowa diagnostyka niepłodności¹⁰⁷ oraz programu POZ Plus¹⁰⁸, a tym samym mniejsza wartość zrealizowanych świadczeń.

Wyjaśnił również, iż zmniejszenie rezerwy na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej wynikało ze złożenia przez jednostki samorządu terytorialnego wniosków o dofinansowanie realizacji programów polityki zdrowotnej na niższe kwoty niż wynikało to z podpisanych umów, gdyż jednostki te poniosły niższe wydatki lub nie przeprowadziły założonego programu¹⁰⁹.

(akta kontroli Tom II str. 204-210)

W poszczególnych pozycjach kosztów świadczeń opieki zdrowotnej nie wystąpiło przekroczenie planu finansowego na 2018 r.

(akta kontroli Tom II str. 10)

⁹⁷ Np. w okresie listopad-grudzień 2017 r. wynosiła 210.471 osób, a w okresie listopad-grudzień 2018 r. 224.067 osób.

⁹⁸ Wzrost 2.015,4 tys. recept w 2017 r. do 2.454,2 tys. zł, tj. o 21,8%.

⁹⁹ Np. w okresie listopad-grudzień 2017 r. liczba unikalnych kodów EAN leków wydawanych ubezpieczonym na podstawie recept z uprawnieniem „S” wynosiła 2.891, a w okresie listopad-grudzień 2018 r. 3.060.

¹⁰⁰ 5.010.373,8 tys. zł.

¹⁰¹ 1.331.168,1 tys. zł.

¹⁰² 1.074.069,9 tys. zł

¹⁰³ 1.164,9 tys. zł.

¹⁰⁴ 5.502,2 tys. zł.

¹⁰⁵ Przekroczyło 10,0% również w przypadku pozostałych kosztów – o 5.045,1 tys. zł, tj. 31,0% oraz kosztów finansowych – o 1.171,0 tys. zł, tj. 75,6%.

¹⁰⁶ Niewykorzystanie w odniesieniu do planu 55.012,7 tys. zł, tj. 0,6%.

¹⁰⁷ 1/3 par, które zgłosiły się do programu nie spełniała kryteriów uczestnictwa i znaczna część par zrezygnowała z uczestnictwa w programie. Oddział nie posiadał własnych danych pozwalających na określenie populacji, która miałaby być objęta programem.

¹⁰⁸ Podmioty realizujące program pilotażowy wskazywały liczbę bilansów zdrowia oraz populację, która miała być objęta programem zarządzania chorobą, a Oddział na podstawie tych danych i wytycznych z Centrali NFZ przygotowywał plany rzeczowo-finansowe.

¹⁰⁹ Z uwagi na brak środków własnych lub niewyłonienie realizatora programu.

Oddział był zobligowany do sfinansowania dodatkowych kosztów dotyczących wynagrodzeń pielęgniarek i położnych, co wynikało z rozporządzenia OWU. Koszty te wyniosły 525.570,3 tys. zł (6,3% wartości zawartych umów i aneksów na 2018 r.¹¹⁰) i dotyczyły głównie LSZ (318.529,7 tys. zł, tj. 60,6%), POZ (72.868,1 tys. zł, tj. 13,9%) oraz świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (46.192,4 tys. zł, tj. 8,8%).

Konieczność finansowania wydatków na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych, przy jednoczesnym braku dodatkowych środków na ten cel, skutkowałą zmniejszeniem finansowania pozostałych świadczeń opieki zdrowotnej. Rozliczanie podwyżek wynagrodzeń narastająco¹¹¹ prowadziło do tzw. niewykonani, tj. zablokowania środków w umowach świadczeniodawców.

(akta kontroli Tom II str. 13-15)

Wartość świadczeń zdrowotnych, które nie zostały wykonane w ramach zawartych kontraktów na 2018 r.¹¹² wyniosła 20.416,6 tys. zł (0,2% ogółu kosztów świadczeń) i była niższa w odniesieniu do 2017 r. o 13.693 tys. zł (o 40,1%). Wartość niewykonani w ramach poszczególnych rodzajów świadczeń kształtowała się następująco: LSZ- 11.994,4 tys. zł, (spadek o 51,4% w porównaniu do 2017 r.), AOS – 2.168 tys. zł (spadek o 44,4%), SOK – 2.152,3 tys. zł (wzrost o 793,8%), STM – 1.262,1 tys. zł (spadek o 23,9%), świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej – 777,2 tys. zł (spadek o 1,1%), profilaktyczne programy zdrowotne finansowane ze środków własnych Funduszu – 741,5 tys. zł (spadek o 36,9%), REH – 503,7 tys. zł (spadek o 40%), PSY – 480,7 tys. zł (wzrost o 6,8%), UZD – 213,1 tys. zł (wzrost o 69,1%), OPH – 102,3 tys. zł (spadek o 64,6%), pomoc doraźna i transport sanitarny – 21,2 tys. zł (wzrost o 139,7%).

(akta kontroli Tom II str. 9)

P.o. Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że głównymi przyczynami wystąpienia na koniec 2018 r. niewykonani kontraktów było niepodpisanie lub nieprzyjęcie przez świadczeniodawców propozycji ugód, zawierających zmniejszenie w zakresach, w których wystąpiło niewykonanie świadczeń, a także zmiany sprawozdawczości po zawarciu ugód. Nadmieniał również, iż przyjęta przez Centralę NFZ definicja niewykonani uwzględniająca wartość wykonanych przez świadczeniodawców świadczeń zdrowotnych zweryfikowanych pozytywnie, spowodowała określenie ich wartości w kwocie 20.416,6 tys. zł, gdy Oddział w wewnętrznych analizach przyjmuje jako definicję wszystkie wykonane i sprawozdane świadczenia (zdecydowana większość świadczeń błędnie zweryfikowanych jest poprawiana przez świadczeniodawców po zamknięciu ksiąg rachunkowych), co pozwala na określenie ich wartości w kwocie 8.443,9 tys. zł, tj. niższej o 58,6%.

(akta kontroli Tom III str. 219-220)

Na pięciu świadczeniodawców o największej wartości niewykonani kontraktów w 2018 r. w rodzaju LSZ i pięciu w rodzaju AOS¹¹³, w ośmiu przypadkach wartość

¹¹⁰ Wartość zawartych umów i aneksów na 2018 r. wyniosła 8.324.432,7 tys. zł.

¹¹¹ Świadczenia z poszczególnych miesięcy mogły być rozliczane do wysokości sumarycznej kwoty zobowiązania obliczonej narastająco do końca bieżącego miesiąca.

¹¹² Tzw. niewykonania, tj. według metodologii Centrali NFZ: ustalone dla poszczególnych zakresów świadczeń zdrowotnych dodatnie różnice pomiędzy kwotą zobowiązania umownego za okres od 1 stycznia do końca okresu sprawozdawczego, wynikającą z zawartych kontraktów a wartością wykonanych przez świadczeniodawców świadczeń zdrowotnych zweryfikowanych pozytywnie za okres od 1 stycznia do końca okresu sprawozdawczego.

¹¹³ Świadczeniodawcy wytypowani w oparciu o wartość niewykonani na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych za okres sprawozdawczy styczeń-grudzień 2018 r.

niewykonanń wzrosła w stosunku do 2017 r.¹¹⁴ od 21,9 tys. zł do 3.064,6 tys. zł, a w pozostałych dwóch przypadkach¹¹⁵ - spadła o 210,9 tys. zł i 336,3 tys. zł.

Wartość niewykonanń u tych świadczeniodawców na koniec 2018 r. w porównaniu z I półroczem 2018 r. w sześciu przypadkach¹¹⁶ uległa zmniejszeniu o od 3,6 tys. zł do 4.793,9 tys. zł, w dwóch przypadkach¹¹⁷ wzrosła o 35,8 tys. zł i 169,5 tys. zł, a w dwóch przypadkach niewykonania nie wystąpiły¹¹⁸.

Podobnie w 2017 r., w porównaniu do I połowy 2017 r., wartość niewykonanń u tych świadczeniodawców w siedmiu przypadkach¹¹⁹ zmniejszyła się od 78 tys. zł do 12.762,8 tys. zł, w jednym przypadku¹²⁰ wzrosła o 245,8 tys. zł, a w dwóch przypadkach niewykonania nie wystąpiły¹²¹.

Dla analizowanych 10 świadczeniodawców dokonywane były zmiany zawartych umów polegające na zwiększeniu kwoty zobowiązania ustalonej dla jednego lub kilku zakresów świadczeń przy jednoczesnym zmniejszeniu kwoty zobowiązania ustalonej dla innych zakresów świadczeń, co pozwoliło na racjonalne zagospodarowanie środków finansowych.

(akta kontroli Tom III str. 212-214)

Komórki merytoryczne Oddziału monitorowały poziom realizacji umów pod kątem niewykonania lub przekroczenia (nadwykonania) zakontraktowanych świadczeń. W wyniku przedmiotowych analiz oraz wniosków świadczeniodawców dokonywano urealnienia wartości zawartych umów, w tym wchodzących w ich skład planów rzeczowo-finansowych, poprzez zbilansowanie nadwykonanń z niewykonaniami.

W Oddziale przeprowadzano również na bieżąco analizy, których celem było wyłonienie przypadków braku lub nieznaczącej realizacji świadczeń zdrowotnych przez świadczeniodawców.

W wyniku podjętych działań, polegających m. in. na zmniejszeniu poziomu finansowania świadczeń poprzez wprowadzenie zmian w planach rzeczowo-finansowych realizowanych umów ze świadczeniodawcami, łączna wartość świadczeń we wszystkich rodzajach wykonanych ponad limit powstałych w ciągu roku, na koniec IV kwartału 2018 r. spadła w porównaniu do stanu na koniec III kwartału 2018 r. o 139.128,1 tys. zł (o 61,7%)¹²².

(akta kontroli Tom III str.193-210)

Przesunięcia środków dotyczące kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w dwóch ostatnich miesiącach 2018 r. były spowodowane głównie koniecznością dostosowania struktury kosztów do potrzeb wynikających z planowanego przeprowadzenia renegotjacji umów¹²³ oraz zawierania ugód końcoworocznych.

(akta kontroli Tom III str. 193-210, 227-228)

Kwota roszczeń kierowanych do Oddziału z tytułu świadczeń ratujących życie wynosiła w LSZ w 2018 r. 13.365,9 tys. zł i w porównaniu do 2017 r. była niższa o 2.877,1 tys. zł (17,7%), a w porównaniu do 2016 r. niższa o 13.365,3 tys. zł (50%). W AOS (badania tomografii i rezonansu magnetycznego), wartość tych roszczeń

¹¹⁴ W tym LSZ - cztery i AOS - cztery.

¹¹⁵ W tym LSZ - jeden i AOS - jeden.

¹¹⁶ W tym LSZ - cztery i AOS - dwa.

¹¹⁷ W tym LSZ - jeden i AOS - jeden.

¹¹⁸ Oba przypadki w AOS.

¹¹⁹ W tym LSZ - pięć i AOS - dwa.

¹²⁰ W AOS.

¹²¹ Oba w AOS.

¹²² Na koniec III kwartału 2018 r. wartość świadczeń pozaumownych (ponadlimitowych) wynosiła 225.358,7 tys. zł, a na koniec IV kwartału 2018 r. 86.230,6 tys. zł.

¹²³ W celu sfinansowania świadczeń wykonanych ponad limit.

w 2018 r. wynosiła 241,5 tys. zł i w porównaniu do 2017 r. wzrosła o 220,9 tys. zł (1.072,6%), a w 2016 r. roszczenia te nie występowały.

(akta kontroli Tom III str. 203)

P.o. Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że wszystkie wnioski o wypłatę wynagrodzenia za świadczenia udzielone w stanie nagłym¹²⁴ w rodzaju AOS, które wpłynęły w latach 2017-2018, Oddział uznał za bezzasadne i wraz z fakturami zwrócił świadczeniodawcy¹²⁵.

(akta kontroli Tom III str. 229)

Plan kontroli Oddziału na rok 2018¹²⁶ został podzielony na trzy części i obejmował 24 obszary tematyczne¹²⁷. Pierwsza część dotyczyła umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, zawierała zagadnienia dotyczące m.in. realizacji i rozliczania ww. umów w rodzaju LSZ, UZD, REH, PSY oraz ratownictwa medycznego, realizacji świadczeń zabiegowych – grup Z88 i Z91, realizacji badań tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego ze wzmocnieniem kontrastowym, prowadzenia elektronicznego rejestru deklaracji oraz zasadności wystawiania i prawidłowości realizacji zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne. Część druga - ordynacja leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych - obejmowała zagadnienia w zakresie m.in. weryfikacji wskazań medycznych do stosowania leków, zasadności ordynacji leków zawierających substancje czynną leflunomidum, leków Xarelto i Pradaxa oraz leków zagrożonych wywozem za granicę. Natomiast część trzecia - realizacja recept, dotyczyła m.in. prawidłowości realizacji umów przez apteki oraz sprawozdawczości związanej z refundacją leków.

(akta kontroli Tom III str. 252-257, 325-355,479)

Plan kontroli przygotował zespół powołany przez Dyrektora Oddziału¹²⁸. Plan opracowano w oparciu o Zarządzenie nr 45/2016/DK Prezesa NFZ z dnia 15 czerwca 2016 r. w sprawie planowania, przygotowywania, przeprowadzania oraz realizacji wyników kontroli przez NFZ oraz na podstawie wytycznych Prezesa NFZ dotyczących tworzenia planów kontroli OW NFZ na rok 2018 r. z 6 listopada 2017 r.¹²⁹ Obszary badań kontrolnych ujęte w ww. planie zostały ustalone w oparciu przeprowadzoną analizę ryzyka w zakresie tematów zgłaszanych przez poszczególne komórki organizacyjne Oddziału oraz obszarów priorytetowych wskazanych w wytycznych Prezesa NFZ.

(akta kontroli Tom III str. 258-324, 479)

Plan kontroli pierwotnie przewidywał do realizacji 92 kontrole¹³⁰, jednakże po zmianach w dniach 4 lipca 2018 r. i 2 października 2018 r. ich liczba została zmniejszona do 80¹³¹, tj. o 14,6%. Ostatnia aktualizacja Planu kontroli została przeprowadzona 3 stycznia 2019 r. tj. po okresie jego obowiązywania, co *szczegółowo opisano w sekcji stwierdzone nieprawidłowości*.

W 2018 r. zrealizowano 77 kontroli planowych niekoordynowanych¹³².

(akta kontroli Tom III str. 247, 249-250, 252-257, 325-355,481)

¹²⁴ W trybie art. 19 ustawy o świadczeniach

¹²⁵ Wnioski wpłynęły od jednego świadczeniodawcy i dotyczyły świadczeń udzielonych w latach 2014- 2015.

¹²⁶ Zwany dalej „Planem kontroli”

¹²⁷ W tym, 17 tematów dotyczących umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej, cztery - ordynacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz trzy - realizacji recept.

¹²⁸ Zarządzenie wewnętrzne nr 261/2017 z 23 października 2017 r.

¹²⁹ Zwane dalej „wytycznymi Prezesa NFZ”.

¹³⁰ W tym 60 kontroli świadczeniodawców, 12 kontroli ordynacji oraz 20 kontroli aptek.

¹³¹ W tym 55 kontroli świadczeniodawców, 12 kontroli ordynacji oraz 13 kontroli aptek.

¹³² W tym 54 kontrole świadczeniodawców, 12 kontroli ordynacji oraz 11 kontroli aptek.

W planie kontroli wewnętrznej na rok 2018 zaplanowano przeprowadzenie siedmiu kontroli, w tym pięciu problemowych oraz po jednej kontroli sprawdzającej i koordynowanej. W dniach 26 września i 18 grudnia 2018 r. zaktualizowano plan poprzez odstąpienie od realizacji kontroli problemowej dotyczącej rozliczania i obiegu delegacji służbowych pracowników Oddziału, w związku z prowadzeniem w przedmiotowym zakresie kontroli przez audytora wewnętrznego. Plan kontroli wewnętrznych na rok 2018 został wykonany w całości. Tematyka przeprowadzonych kontroli dotyczyła m.in. prawidłowości i terminowości prowadzenia korespondencji, prawidłowości i rzetelności rozpatrywania przez Oddział zgłoszeń świadczeniobiorców w Zintegrowanym Informatorze Pacjenta dotyczących nieprawidłowości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w latach 2016-2017, realizacji zadań regulaminowych w zakresie obsługi świadczeniodawców, weryfikacji wykonania zaleceń pokontrolnych kontroli wewnętrznej w zakresie realizacji zadań związanych z ochroną przeciwpożarową.

Plan kontroli wewnętrznej został przygotowany przez osoby zatrudnione na samodzielnych stanowiskach ds. Kontroli Wewnętrznej w Wydziale Kontroli. Plan opracowano w oparciu o Zarządzenie nr 31/2017/DK Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 8 maja 2017 r. w sprawie regulaminu kontroli wewnętrznej w Narodowym Funduszu Zdrowia. Plan został opracowany na podstawie analizy propozycji tematów kontroli zgłaszanych przez poszczególne komórki organizacyjne Oddziału, wyników wcześniejszych kontroli (wewnętrznych i zewnętrznych), zidentyfikowanych czynników ryzyka, informacji dotyczących złożonych skarg i wniosków oraz wartości wydatkowanych środków publicznych.

(akta kontroli Tom III str. 433-470, 480)

Na 2018 r. zaplanowano pięć zadań audytowych, natomiast zrealizowano cztery. W związku z umieszczeniem w Planie pracy Centrali na 2018 r. zadania dotyczącego analizy efektywności ryczałtowego finansowania świadczeń szpitalnych odstąpiono od audytu rozliczeń w ramach umów szpitali zakwalifikowanych do PSZ. Zrealizowane zadania audytowe dotyczyły dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne odrębnie kontraktowane, procesów obsługi interesanta w Oddziale, kontraktowania i aneksowania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju POZ, procesu dostosowania systemów informatycznych do zmian regulacji prawnych.

(akta kontroli Tom III str. 523-565)

W 2018 r. Oddział przeprowadził 215¹³³ kontroli zewnętrznych (planowanych i doraźnych dotyczących umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, ordynacji lekarskiej oraz aptek) u 196 świadczeniodawców. W 2018 r. Oddział nie przeprowadzał kontroli udzielania świadczeń w dentobusie. W wyniku przeprowadzonych kontroli umów o udzielanie świadczeń nałożono kary umowne o łącznej wysokości 1.526,4 tys. zł. W przypadku kontroli aptek i kontroli ordynacji nałożono kary o łącznej wysokości odpowiednio: 67,5 tys. zł oraz 5.568,6 tys. zł.

(akta kontroli Tom III str. 247, 249-250, 359, 399-400, 493-495, 515-516)

Do głównych nieprawidłowości stwierdzonych podczas kontroli przeprowadzonych u świadczeniodawców należało m.in.: nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej, nieaktualizowanie na bieżąco danych o potencjale wykonawczym w zakresie sprzętu i personelu medycznego, nieumieszczanie w miejscach udzielania świadczeń wymaganych informacji dla świadczeniobiorców, nieudzielanie lub przerwy w udzielaniu świadczeń w czasie lub miejscu wskazanym w umowie,

¹³³ Tj. 175 kontroli umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, 22 kontrole aptek oraz 18 kontroli ordynacji.

nieuzasadnione zmiany kwalifikacji świadczeniobiorców na listach oczekujących, udzielanie świadczeń w pomieszczeniach niespełniających wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą wymagania¹³⁴ oraz nieprawidłowe sprawozdawanie i rozliczanie udzielanych świadczeń zdrowotnych.

(akta kontroli Tom III str. 361-409, 480, 483-488)

W latach 2017-2018 Oddział przeprowadził odpowiednio 147¹³⁵ i 175¹³⁶ kontroli zewnętrznych (planowanych i doraźnych) umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, które dotyczyły odpowiednio 3,1% i 4,1% świadczeniodawców¹³⁷, z którymi Oddział podpisał umowy w danym roku. Efekty finansowe¹³⁸ tych kontroli wynosiły odpowiednio 3.670,0 tys. zł i 5.545,0 tys. zł.

(akta kontroli Tom III str. 250-251, 359)

Oddział nie podejmował działań systemowych w celu wyeliminowania powtarzających się nieprawidłowości stwierdzonych w ramach prowadzonych kontroli zewnętrznych. Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych wyjaśniła, że takie działania były realizowane przez Centralę NFZ, która na podstawie otrzymywanych z Oddziałów sprawozdań i wystąpień pokontrolnych miała możliwość reagowania na pojawiające się nieprawidłowości. Ponadto wskazała, że w wyniku prowadzonych analiz nie stwierdzono konieczności wdrożenia rozwiązań systemowych ponieważ, świadczeniodawcy na podstawie wydanych przez Oddziały Wojewódzkie zaleceń pokontrolnych byli zobowiązani do podjęcia działań mających na celu wyeliminowanie nieprawidłowości.

(akta kontroli Tom III str. 241)

Na podstawie analizy dokumentacji 15¹³⁹ losowo wybranych kontroli świadczeniodawców z 2018 r. stwierdzono, że zostały one przeprowadzone zgodnie procedurami wynikającymi z art. 64 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie szczegółowego sposobu i trybu przeprowadzania kontroli przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych¹⁴⁰ oraz § 8-44 zarządzenia nr 128/2017/DK Prezesa NFZ z dnia 21 grudnia 2017 r. w sprawie kontroli prowadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia¹⁴¹. Ponadto, Oddział na bieżąco monitorował wykonanie wniosków pokontrolnych przez świadczeniodawców, którzy każdorazowo informowali Dyrektora Oddziału o sposobie ich wykonania.

(akta kontroli Tom III str. 471-478, 482-483)

W 2018 r. Oddział przeprowadził dwie kontrole szpitalnych oddziałów ratunkowych. Przedmiotem tych kontroli była weryfikacja realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej m.in. w zakresie sposobu zabezpieczenia całodobowej opieki lekarskiej, pielęgniarskiej i ratowników medycznych (skład osobowy, harmonogram

¹³⁴ Dz. U. poz. 739.

¹³⁵ Tj. w POZ – 14 kontroli, w AOS – 33 kontrole, w LSZ – 47 kontrole, w PSY - 8 kontroli, REH – 9 kontroli, w SPO – 8 kontroli, w OPH – 2 kontrole, w STM – 16 kontroli, w UZD – 2 kontrole; w ratownictwie medycznym – 1 kontrola, w zaopatrzeniu w wyroby medyczne – 7.

¹³⁶ Tj. w POZ – 15 kontroli, w AOS – 33 kontrole, w LSZ – 63 kontrole, w PSY - 6 kontroli, REH – 8 kontroli, w SPO – 6 kontroli, w OPH – 3 kontrole, w STM – 24 kontroli, w UZD – 2 kontrole; w ratownictwie medycznym – 2 kontrola, SOK – 2 kontrole, w zaopatrzeniu w wyroby medyczne – 11.

¹³⁷ W latach 2017-2018 Oddział podpisał umowy o udzielanie świadczeń odpowiednio z 4 706 i 4 295 świadczeniodawcami.

¹³⁸ Rozumiane jako suma kwot zakwestionowanych świadczeń oraz nałożonych kar.

¹³⁹ Badaniem objęto po trzy postępowania kontrolne w następujących rodzajach świadczeń: LSZ, LSZ w zakresie programy zdrowotne (lekowe), AOS, REH, PSY.

¹⁴⁰ Dz. U. Nr 274, poz. 2723.

¹⁴¹ Zwane dalej „Zarządzenie w sprawie kontroli”.

pracy, kwalifikacje), podstaw formalno-prawnych prowadzonej działalności leczniczej oraz rzetelności prowadzonej dokumentacji medycznej. Ustalenia ww. kontroli dotyczyły m.in. wystąpienia przypadków odmowy przyjęcia pacjentów przywiezionych przez zespół ratownictwa medycznego w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego bez prawnego uzasadnienia, nieaktualizowania na bieżąco danych o potencjale wykonawczym personelu medycznego (lekarzy), realizacji świadczeń niezgodnie ze zgłoszonym harmonogramem. W wyniku stwierdzonych nieprawidłowości nałożono na świadczeniodawcę karę umowną w wysokości 152,5 tys. zł.

(akta kontroli Tom III str. 243-245, 410-425)

W 2018 r. Oddział rozwiązał w całości sześć umów o udzielanie świadczeń z czterema świadczeniodawcami. Umowy te w trzech przypadkach były wypowiedzane za porozumieniem stron¹⁴² oraz w pozostałych trzech jednostronnie przez Oddział. Przyczynami wypowiedzenia umów były m.in. niezapewnienie wymaganego potencjału w zakresie sprzętu i personelu medycznego, zaprzestanie działalności w miejscu udzielania świadczeń, brak realizacji świadczeń w danym rodzaju, niewykonanie zaleceń pokontrolnych przez świadczeniodawcę. Oświadczenia o wypowiedzeniu ww. sześciu umów były doręczane w terminach od jednego do 55 dni¹⁴³.

Jednocześnie, p.o. Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że w 2018 r. nie stwierdzono przypadków wystąpienia podejrzenia przestępstwa w związku z czym nie informowano organów ścigania o nieprawidłowościach związanych z udzielaniem świadczeń.

Oddział nie przedłużył czasu obowiązywania dziewięciu umów (z dziewięcioma świadczeniodawcami) m.in. w związku z nieprzyjęciem przez świadczeniodawcę propozycji przedłużenia umowy, nieprzedłożeniem wniosku o przedłużenie umowy oraz niewyrażeniem zgody na wejście do programu Centrum Zdrowia Psychicznego, wskutek czego dotychczasowa umowa wygasła.

(akta kontroli Tom III str. 428-429, 517-518)

W 2018 r. do Oddziału wpłynęło 745 skarg, z tego jedna dotycząca stanu wyposażenia świadczeniodawcy - braku sprzętu koniecznego do komputerowego badania wzroku. W celu weryfikacji jej wiarygodności przeprowadzono postępowanie wyjaśniające ze świadczeniodawcą, w ramach którego potwierdzono, że posiada on ww. sprzęt komputerowy.. Oddział na bieżąco informował osobę, która złożyła skargę o sposobie załatwienia sprawy oraz przekazał pisemną informację o jej rozstrzygnięciu, zgodnie z § 10 ust. 1-2 Zarządzenia nr 31/2010/DSS Prezesa NFZ z dnia z dnia 1 lipca 2010 r. w sprawie rozpatrywania skarg i wniosków w NFZ¹⁴⁴.

(akta kontroli Tom III str. 426, 509-513)

W Oddziale rozliczano świadczenia opieki zdrowotnej za pomocą systemu informatycznego, który weryfikował poprawność danych przekazywanych przez świadczeniodawców w raportach statystycznych poprzez automatyczne procedury walidacji uruchamiane w momencie przesyłania sprawozdań do systemu informatycznego Oddziału oraz bieżącą weryfikację sprawozdań

¹⁴² W tym dwie na wniosek świadczeniodawcy oraz jedna w wyniku przeprowadzonej przez Oddział okresowej analizy realizacji umów.

¹⁴³ Dotyczy jednej umowy.

¹⁴⁴ Dz. Urz. NFZ z 2015 poz. 33, ze zm.

świadczeniodawców uruchamianą zgodnie z harmonogramem dwa razy dziennie w przypadku pozytywnego przejścia walidacji.

(akta kontroli Tom III str. 426, 496-502)

W wyniku kontroli umów o udzielenia świadczeń zakwestionowana została wartość świadczeń w wysokości ogółem 4.018,5 tys. zł, w tym 3.961,6 tys. zł za lata poprzedzające 2018 r., z czego wyegzekwowano 3.479,6 tys. zł.

(akta kontroli Tom III str. 250-251)

Rada Oddziału nie podejmowała czynności kontrolnych oraz nie powoływała zespołów mających zbadać poszczególne obszary działalności Oddziału. Przewodnicząca Rady wskazała, że *Członkowie Rady na bieżąco monitorują działalność Oddziału w zakresie ustawowych zadań. Na posiedzeniach Członkowie Rady, zgodnie z przyjętym planem pracy przyjmują sprawozdania kierownictwa Oddziału dotyczące m.in. realizacji planu finansowego, przebiegu procesów kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej, przeprowadzonych kontroli realizacji zawartych umów oraz bieżącej działalności Oddziału. Prezentowane materiały są przedmiotem szczegółowej analizy oraz dyskusji członków Rady i do chwili obecnej nie było przesłanek do podejmowania przez Radę Oddziału czynności kontrolnych wobec działalności Śląskiego OW NFZ.*

(akta kontroli Tom III str. 490)

2.3. Karty ubezpieczenia zdrowotnego

Karta ubezpieczenia zdrowotnego, zgodnie z art. 49 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, jest podstawowym dokumentem potwierdzającym prawo ubezpieczonego do świadczeń opieki zdrowotnej i umożliwia także potwierdzenie wykonania świadczeń na rzecz osoby ubezpieczonej. Karta jest także nośnikiem danych osobowych. Kartę mogą otrzymać wyłącznie osoby ubezpieczone posiadające numer ewidencyjny PESEL, zamieszkałe na terenie województwa śląskiego.

Oddział zabezpieczał corocznie środki w planie finansowym w poz. F1 na wydawanie i utrzymywanie kart ubezpieczenia zdrowotnego. Na 2016 r. zaplanowano 245 tys. zł, na 2017 r – 250 tys. zł, na 2018 r. – 250 tys. zł, na 2019 r. – 300 tys. zł.

(akta kontroli Tom VI str. 24-25, 157-169, 429-432, Tom II str. 21, 134-135,140)

Koszty zakupu kart w 2018 r. wyniosły 214,02 tys. zł przy wydanych 139.098 kartach (porównawczo w poprzednich latach: 206,64 tys. zł za 176.323 szt. w 2015 r., 241,33 tys. zł za 158.829 szt. w 2016 r., 253,38 tys. zł za 147.739 szt. w 2017 r.). W Oddziale nie ewidencjonowano odrębnie innych kosztów obsługi systemu kart ubezpieczenia zdrowotnego.

(akta kontroli Tom VI str. 24-25, 93, 152)

Odnośnie kosztów utrzymania kart p.o. Dyrektor wyjaśnił, że nie jest możliwe wskazanie kosztów, jakie zostały poniesione w latach 2015-2018 na utrzymanie kart ubezpieczenia zdrowotnego, gdyż np. sprzęt służący do wydawania kart jest jednocześnie sprzętem na co dzień używanym przez pracowników do wykonywania innych, statutowych zadań i prowadzenie analiz w tym kierunku byłoby niecelowe.

(akta kontroli Tom VI str. 426)

Zgodnie z planem na 2019 r. koszty związane z wyposażeniem technicznym do użytkowania kart ubezpieczenia zdrowotnego, w tym użytkowania komputera

i drukarki do wydruku kart zaplanowano na 13,5 tys. zł, natomiast roczny koszt obsługi informatycznej dla systemu CLO_CRT, obsługującego karty – na 120,0 tys. zł.

(akta kontroli Tom VI str. 32)

Zakupy kart realizowane były w wyniku postępowań o udzielenie zamówienia publicznego w trybie przetargu nieograniczonego. Oddział dokonywał nadruku danych na kartach oraz personalizacji zadrukowanych kart. Wydanie karty przez Oddział następowało po wprowadzeniu danych z wniosku o wydanie karty, tj. wpisaniu numeru Pesel danej osoby do programu, a następnie automatycznym pobraniu danych z Centralnego Wykazu Ubezpieczonych (CWU) do systemu Agent.¹⁴⁵ Jeżeli dana osoba nie była ubezpieczona system blokował możliwość wyrobienia karty, jeżeli była ubezpieczona dane osoby przesyłane były do drukarki, która dokonywała nadruku danych na, zakupionej wcześniej przez Oddział, karcie z chipem. Następnie zadrukowaną kartę wkładało się do czytnika kart, który personalizował kartę czyli zaczytywał dane pacjenta na kartę. Na karcie istniała możliwość dokonywania nie mniej niż 10.000 operacji zapisu/odczytu. Potwierdzenie prawa do świadczeń oraz autoryzacja wykonanych świadczeń odbywała się za pomocą odczytu karty w czytnikach kart elektronicznych przez świadczeniodawców.

(akta kontroli Tom VI str. 24, 43-169, 192-196)

Potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej osoby ubiegającej się o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, przez podmioty działające na podstawie umowy zawartej z NFZ, od 1 stycznia 2013 r. umożliwiała także usługa eWUŚ czyli Elektroniczna Weryfikacja Upoważnień Świadczeniobiorców¹⁴⁶. Usługa pozwalała również na dostęp do podstawowych danych pacjenta (imienia, nazwiska, numeru Pesel) pobieranych z Centralnego Wykazu Ubezpieczonych.

W związku z powyższym od 1 stycznia 2013 r. funkcjonalność obu systemów (kart KUZ i e-WUŚ) w zakresie potwierdzania prawa do świadczeń była tożsama.

(akta kontroli Tom VI str. 170-192)

P.o. Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że Każda osoba wnioskująca o KUZ musi być zgłoszona do ubezpieczenia zdrowotnego jak również członkowie jego rodziny od momentu uzyskania nr PESEL (posiadamy narzędzie, które weryfikuje liczbę ubezpieczonych na terenie Śląskim OW NFZ co powoduje uszczelnienie sytemu). Elektroniczna karta ubezpieczenia zdrowotnego KUZ również służy do weryfikacji w systemie Śląskiego OW NFZ statusu ubezpieczenia i personalizacji danych pacjenta co usprawnia pracę personelu medycznego w przyjęciu pacjenta, System eWUŚ tylko umożliwia potwierdzenie prawa pacjenta do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Karta KUZ personalizowana jest za pomocą czytnika, co usprawnia weryfikację ubezpieczenia oraz rejestrację pacjenta. W systemie eWUŚ należy wprowadzić ręcznie pesel w celu sprawdzenia ubezpieczenia, może spowodować błędne wprowadzenie danych oraz dłuższe oczekiwanie pacjenta na przyjęcie do lekarza. Jednocześnie wyjaśnił, że świadczeniodawcy nie byli zobowiązani do posiadania czytników kart elektronicznych, a brak karty nie uniemożliwia rozliczania świadczeń przez świadczeniodawców.

¹⁴⁵ Zgodnie z art. 97, ust. 4 ustawy. o świadczeniach opieki zdrowotnej, Fundusz prowadzi Centralny Wykaz Ubezpieczonych w celu: potwierdzenia prawa do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego; gromadzenia danych o ubezpieczonych w Funduszu; gromadzenia danych o osobach uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji; wydawania poświadczeń i zaświadczeń w zakresie swojej działalności; rozliczania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, w tym udzielanych na podstawie przepisów o koordynacji.

¹⁴⁶ System nadzorowany i udostępniony przez Centralę NFZ.

Na pytanie dlaczego Oddział nie zdecydował się na zrezygnowanie z utrzymywania i wydawania nowych kart ubezpieczenia zdrowotnego w sytuacji dublowania się funkcjonalności systemu eWUŚ i kart ubezpieczenia p.o. Dyrektor wyjaśnił, że zachowanie w dotychczasowym kształcie kart KUZ związane jest z uwarunkowaniami historycznymi, doświadczeniami lat ubiegłych, wygodą dla świadczeniobiorców i świadczeniodawców oraz w celu efektywnego wykorzystania wcześniej zakupionego sprzętu. Karty ubezpieczenia zdrowotnego są narzędziem, który pozwala na efektywną i szybką obsługę pacjentów, a w przypadku awarii systemu EWUŚ, za ich pomocą możliwe jest potwierdzenie statusu ubezpieczenia zdrowotnego.

P. o. Dyrektor wyjaśnił także, że kwestia braku konieczności stosowania kart wynika z przepisów powszechnie obowiązujących. Warto jednak zaznaczyć, że jednostki na terenie woj. śląskiego nadal honorują kartę KUZ i posiadają stosowny sprzęt do ich odczytu.

(akta kontroli Tom VI str. 426-428)

W 2018 liczba świadczeniodawców, którzy co najmniej raz użyli karty wyniosła 1587 i stanowiła 47% wszystkich świadczeniodawców (z 3386¹⁴⁷), natomiast w okresie 1 styczeń – 5 czerwiec 2019 r. z kart skorzystało 1.461 świadczeniodawców.

(akta kontroli Tom VI str. 193, 433)

Odnosnie czytników kart ubezpieczenia zdrowotnego p. o. Dyrektor wyjaśnił, że Oddział nie posiada informacji dotyczącej dokładnej liczby świadczeniodawców posiadających w chwili obecnej czytniki Kart Ubezpieczenia Zdrowotnego [...]. Ponieważ karty ubezpieczenia zdrowotnego są nadal używane i cieszą się dużym zainteresowaniem świadczeniobiorców, przyjąć należy, że świadczeniodawcy nadal używają wcześniej zakupionych czytników. Ze względu na zmianę przepisów, Śląski OW NFZ nie widzi potrzeby dalszego monitorowania ilości czytników posiadanych przez świadczeniodawców i nie prowadził programów, które ściśle odpowiadałyby zwiększeniu ilości czytników [...]. Odnosząc się do kwestii braku w umowach zobowiązania świadczeniodawców do posiadania czytników wyjaśniam, że wzory umów ustalane są przez Prezesa NFZ [...].

(akta kontroli Tom VI str. 459-460)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. W badanym roku, w odniesieniu do kosztów finansowania leku¹⁴⁸ dokonano przekroczenia limitu wydatków ustalonego w planie finansowym Oddziału. W kosztach tych, plan wydatków po zmianach ustalono na poziomie 85.116 tys. zł, natomiast wykonanie wyniosło 89.249,8 tys. zł. Kwota wydatków wykonanych przekroczyła kwotę planowanych o 4.133,8 tys. zł (4,9%), co było niezgodne z art. 44 ust.1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych¹⁴⁹, który stanowi, że wydatki publiczne mogą być ponoszone na cele i w wysokościach ustalonych w planie finansowym jednostki sektora finansów publicznych. Wydatki na koszty finansowania leku były finansowane ze środków pochodzących z dotacji.

¹⁴⁷ W bazach danych Śląskiego OW NFZ zarejestrowano 3386 świadczeniodawców posiadających 4906 umów. Dane pozyskano na podstawie zestawienia „Sprawozdawczość z planu w podziale na produkty” dostępnego w programie OF-UM2, wpisując jako warunek selekcji rok=2018 oraz miesiąc = 12. Powyższe dane liczbowe zawierają informacje o tzw. umowach obcych w rodzaju świadczeń „Zaopatrzenie w wyroby medyczne”.

¹⁴⁸ Koszty finansowania leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego w części finansowanej z budżetu państwa zgodnie z art. 43a ust. 3 ustawy – pozycja B5 planu finansowego.

¹⁴⁹ Dz. U. z 2017 r. poz. 2077, ze zm.; zwana dalej „uofp”

P.o. Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że Oddział trzykrotnie¹⁵⁰ zwracał się do Centrali NFZ o zwiększenie planu finansowego i informował o wysokości szacowanych kosztów, a ostateczna kwota przewidywanych przez Oddział kosztów finansowania leku na 2018 r. wynosiła 89.512,8 tys. zł¹⁵¹ (była zbliżona do rzeczywistego wykonania).

(akta kontroli Tom II str. 17-18, 204-210)

Główny Księgowy Oddziału wyjaśnił, że *Dla przedmiotowych leków nie określono maksymalnej kwoty zobowiązania NFZ, w związku z czym Oddział był zobowiązany do przyjęcia i uregulowania wszystkich złożonych i prawidłowo wystawionych dokumentów obciążeniowych w tym zakresie. Analizując na bieżąco wykonanie planu i mając świadomość, że przyznana pula nie wystarczy na pokrycie wszystkich złożonych faktur, Oddział występował do Centrali o zwiększenie środków na ten cel lecz bezskutecznie.*

(akta kontroli Tom II str. 17-18, 204-210, Tom III str.184-190, 216)

NIK przyjmując powyższe wyjaśnienia zauważa, że działania podejmowane w Oddziale celem zniwelowania ryzyka wystąpienia nieprawidłowości były nieskuteczne.

2. Plan kontroli na 2018 r.¹⁵² przewidywał realizację 80 kontroli planowych niekoordynowanych. Ostatecznie do 31 grudnia 2018 r. zostało przeprowadzonych 77 kontroli, tj. o trzy mniej niż założono. W dniu 3 stycznia 2019 r. Naczelnik Wydziału Kontroli wprowadził zmiany do Planu polegające na usunięciu trzech niezrealizowanych kontroli. Działanie to było w ocenie NIK niecelowe i naruszało § 6 ust. 5 zarządzenia nr 128/2017/DK Prezesa NFZ z dnia 21 grudnia 2017 r. w sprawie kontroli prowadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia¹⁵³, zgodnie z którym zmiany w planie kontroli powinny być dokonywane na bieżąco.

(akta kontroli Tom III str. 247, 249-250, 252-257, 325-355)

P.o. Dyrektor Oddziału wyjaśnił, że wszystkie zmiany planów kontroli oraz terminy ich sporządzania dokonywano na bieżąco, zgodnie z § 6 ust. 4-6 zarządzenia w sprawie kontroli. Zmiany planu kontroli uwzględniały § 6 ust. 6 ww. zarządzenia, z którego wynika, że informacje o zmianach w rocznym planie kontroli Dyrektor Oddziału przekazuje do Departamentu Kontroli, w terminie nieprzekraczającym 14 dni po zakończeniu kwartału, w którym dokonano zmian.

(akta kontroli Tom III str. 492, 495)

Naczelnik Wydziału Kontroli¹⁵⁴ wyjaśnił, że wobec braku uregulowań w § 6 ust. 5-6 zarządzenia w sprawie kontroli, co do granicznej daty przekazywania Dyrektorowi Oddziału pisemnego wniosku o zmianach w rocznych planach kontroli, przy jednoczesnym sformułowaniu „na bieżąco”, zastosowano termin 14 dni na uzyskanie akceptacji Dyrektora oraz przekazanie informacji o zmianach do Departamentu Kontroli. Pismo z 3 stycznia 2019 r. informujące Dyrektora Oddziału o zmianach planu, było czynnością następczą w stosunku przekazywanych w trakcie spotkań kierownictwa Oddziału informacji o jego wykonaniu, jak również o konieczności realizacji nowych kontroli doraźnych.

(akta kontroli Tom III str. 519-520)

¹⁵⁰ W pismach z 14, 17 i 27 grudnia 2018 r.

¹⁵¹ Prognoza z 27 grudnia 2018 r.

¹⁵² Po zmianach Planu kontroli w dniach 4 lipca i 2 października 2018 r.

¹⁵³ Zwane dalej „Zarządzeniem w sprawie kontroli”.

¹⁵⁴ Od 1 czerwca 2019 r. Naczelnik Terenowego Wydziału Kontroli XII w Katowicach Departamentu Kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia.

Naczelnik Terenowego Wydziału Kontroli w Katowicach wyjaśnił, że przyczyną zmiany planu, w tym niezrealizowania wszystkich obszarów w nim wskazanych, była m.in. konieczność przeprowadzenia dwóch¹⁵⁵ kontroli doraźnych z zakresu programów lekowych, do których realizacji Oddział został zobowiązany przez Centralę NFZ.

(akta kontroli Tom III str. 347-355, 520)

Zdaniem NIK, wynikający z Zarządzenia w sprawie kontroli termin *na bieżąco* oznaczał konieczność modyfikacji planu w momencie wystąpienia przesłanek uzasadniających jego zmianę. Nie uzasadnia jednak dokonywania zmian planu kontroli po upływie okresu na jaki został on przyjęty. Natomiast, przekazywanie Departamentowi Kontroli informacji w ww. zakresie posiadało jedynie funkcję informacyjną.

OCENA CZĄSTKOWA

W ocenie NIK kwota kosztów Oddziału, w tym kosztów świadczeń zdrowotnych, została zaplanowana rzetelnie.

Oddział ponosząc wydatki związane z bezpłatnym wydawaniem kart ubezpieczenia zdrowotnego i utrzymywaniem systemu ich funkcjonowania, nie posiadając rozeznania co do liczby kart pozostających w dyspozycji świadczeniobiorców, a także liczby ich czynników posiadanych przez świadczeniodawców i stopnia ich wykorzystania, nie podejmował działań mających na celu zapewnienie powszechności korzystania z tego rozwiązania lub zaprzestanie jego funkcjonowania w dotychczasowej formie.

Kontrole świadczeniodawców były realizowane zgodnie ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej oraz zarządzeniem w sprawie kontroli. Ponadto Oddział na bieżąco monitorował wykonanie wniosków pokontrolnych przez świadczeniodawców.

Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły przekroczenia kwoty planowanych kosztów Oddziału w zakresie finansowania leku oraz zmiany rocznego planu kontroli po upływie okresu jego obowiązywania.

OBSZAR

3. Realizacja kosztów administracyjnych Oddziału

3.1. Koszty funkcjonowania Oddziału

W 2018 r. koszty administracyjne Oddziału wyniosły 65.334 tys. zł, co stanowiło 95% planu i były wyższe od kosztów poniesionych w 2017 r. o 2.075,4 tys. zł, tj. o 3,3%. Największy udział w kosztach (tj. 62,6%) stanowiły wynagrodzenia, które wyniosły 40.891,2 tys. zł i w porównaniu do 2017 r. zwiększyły się o 679,5 tys. zł tj., o 1,7%. Przeciętnie zatrudnienie wyniosło w 2018 r. 659,3 etatów, co stanowiło 99,4% planu i 102,3% wykonania 2017 r. (644,6 etatów). Zwiększenie zatrudnienia w 2018 r. wystąpiło w grupie pracowników administracyjnych (o 12,4 etatu) oraz pozostałej kadry kierowniczej (o 2,4 etatu).

(akta kontroli Tom V str. 4-11)

3.2. Koszty administracyjne Oddziału

Na postawie próby¹⁵⁶ operacji gospodarczych dotyczących kosztów roku 2018 r. na łączną kwotę 4.260,5 tys. zł stwierdzono, że:

- wszystkie wydatki były celowe z punktu widzenia zadań Oddziału,

¹⁵⁵Programy lekowe – leczenie chłoniaków złośliwych oraz leczenie pacjentów z przerzutowym gruczolakom trzustki.

¹⁵⁶Dobranej losowo z zastosowaniem metody MUS z populacji 1.378 pozycji kosztów bieżących na kwotę 9.430,0 tys. zł, tj. po wyłączeniu z łącznej kwoty kosztów administracyjnych kosztów wynagrodzeń i pochodnych, amortyzacji oraz kosztów mniejszych niż 500 zł. Próba objęła zapisy księgowe dotyczące 73 operacji gospodarczych.

- koszty na kwotę 4.008,4 tys. zł (94,1% badanej próby) poniesiono w sposób oszczędny,
- wydatki w kwocie 252,1 tys. zł (5,9%) dokonano w sposób niegospodarny, opłacając z góry w całości należność z tytułu realizacji umów zawartych na okres roku i trzech lat, co szczegółowo opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Ustalone nieprawidłowości*.

Kontrola prawidłowości realizacji procedur udzielania zamówień, przeprowadzona na podstawie próby dwóch zamówień udzielonych w trybie przetargu nieograniczonego na łączną kwotę 1.908,4 tys. zł oraz jednego zamówienia w trybie zamówień społecznych na kwotę 2.504,1 tys. zł wykazała, że w dwóch postępowaniach wystąpiły naruszenia przepisów ustawy Pzp, co szczegółowo opisano w dalszej części wystąpienia pokontrolnego, w sekcji *Ustalone nieprawidłowości*.

(akta kontroli Tom VII str. 478-488)

3.3. Badanie wiarygodności ksiąg rachunkowych Oddziału

Badanie wiarygodności ksiąg rachunkowych ŚOW NFZ¹⁵⁷ wykazało, że dowody księgowe sporządzono prawidłowo pod względem formalno-rachunkowym i merytorycznym, a operacje gospodarcze udokumentowane tymi dowodami właściwie ujęto w księgach rachunkowych.

W wyniku kontroli nie zidentyfikowano nieprawidłowości, które wskazywałyby, że w zakresie zapisów dotyczących dochodów i wydatków oraz związanych z nimi należności i zobowiązań, księgi rachunkowe stanowiące podstawę sporządzenia sprawozdań Oddziału prowadzone były nieprawidłowo.

(akta kontroli Tom II str. 254, 313-319, 334-345, Tom III, str. 1-9, 180-184)

Ustalone
nieprawidłowości

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

1. Oddział zaakceptował w umowach zawartych z dostawcami usług (wykonawcami) i zrealizował zobowiązania do zapłaty z góry za usługi przewidziane do realizacji w okresie od 12 do 36 miesięcy.

W toku kontroli pięciu zbiorczych kosztowych dowodów księgowych dotyczących lutego, maja, sierpnia, października i listopada 2018 r. na łączną kwotę 252,1 tys. zł ustalono, że koszty w nich ujęte wynikały m. in. z zaliczenia do ww. miesięcy części kosztów usług technicznych i asysty technicznej wykonywanych na podstawie 15 umów zawartych przez Oddział z wykonawcami. Umowy te zawarto w okresie od 21 października 2015 r. do 19 października 2018 r, okres obowiązywania 14 umów wynosił 12 miesięcy, a jednej umowy 36 miesięcy. Łączna ich wartość wyniosła 998,1 tys. zł¹⁵⁸ brutto, z tego wartość usług opieki technicznej i asysty zafakturowana jednorazowo z góry i opłacona jednorazowo przez Oddział 909,0 tys. zł¹⁵⁹. Z ww. kwoty, 612,0 tys. zł ujęto memoriałowo w ciężar poszczególnych miesięcy 2018 r.¹⁶⁰

¹⁵⁷ Badanie przeprowadzono na próbie 100 zapisów księgowych o łącznej wartości 592.860,8 tys. zł (populacja oceniana obejmowała 118.405 zapisów księgowych na kwotę łączną 807.599,8 tys. zł, dotyczących czterech celowo wybranych dni, po jednym z każdego kwartału), wylosowanych metodą monetarną (prawdopodobieństwo wylosowania dowodu księgowego jest proporcjonalne do wartości operacji udokumentowanej tym dowodem), która została uzupełniona o 70 zapisów księgowych o łącznej wartości 14.153,2 tys. zł, wyselekcjonowanych na podstawie przeprowadzonego przeglądu analitycznego ksiąg rachunkowych.

¹⁵⁸ Z tego w jednej umowie oprócz świadczenia usług ujęto także dostawę licencji (14,7 tys. zł), tym samym łączna wartość samych usług wynikająca z umów wyniosła 983,4 tys. zł.

¹⁵⁹ W trzech spośród 15 umów uzgodniono możliwość zamawiania doraźnie indywidualnych konsultacji, za które określono odrębne wynagrodzenie w łącznej kwocie 74,4 tys. zł, usługi te podlegały zafakturowaniu oraz zapłacie ex post wg faktycznego

W ocenie NIK, przyjęcie w umowach z wykonawcami postanowień nakładających na Oddział obowiązek jednorazowej zapłaty z góry na podstawie jednej faktury całości wynagrodzeń za usługi świadczone w okresie 12 miesięcy (14 umów) oraz 36 miesięcy (jedna umowa) w łącznej kwocie 252,1 tys. zł, było działaniem powodującym przedwczesne w stosunku do wykonania zobowiązania wypłacenie należności, a zatem niezapewniającym gospodarnego wydatkowania środków.

Wskutek powyższej praktyki, w świetle obowiązujących przepisów, jednostka sektora finansów pozbawiła się możliwości potrącania z bieżących płatności za usługi ewentualnych kar umownych¹⁶¹ oraz narażona była na obarczone większym ryzykiem dochodzenie ew. zwrotu wypłaconych wynagrodzeń w sytuacji np. zaprzestania świadczenia usług lub zakończenia działalności przez wykonawców¹⁶².

(akta kontroli Tom VII str. 1-248, 470-471)

P.o. Dyrektor Oddziału wyjaśnił m. in. że specyfiką wskazanych umów jest to, iż opierają się one na subskrypcji licencji, która najczęściej musi być opłacona u producenta z góry, Oddział – mając na uwadze specyfikę zamówienia – przychylił się do zasad rynkowych i opłacał takie zamówienie na podstawie jednej faktury, jednak każdorazowo dokładał wszelkich starań, aby jego interesy były zabezpieczone. W zawartych umowach wprowadzone były zapisy o możliwości nałożenia na wykonawcę kary umownej zarówno za opóźnienie w realizacji umowy jak i za każdy przypadek niewywiązywania się z warunków świadczenia usługi, ponadto zawarto uprawnienie Oddziału do rozwiązania umowy w przypadku nienależytego wykonywania umowy bądź jego zaprzestania. Wykonawcom przysługuje wynagrodzenie jedynie za okres faktycznego wykonywania umowy.

Ponadto p.o. Dyrektor wyjaśnił, że w okresie realizacji opisanych wyżej umów nie było przypadków naliczenia kar umownych, zmniejszenia należnego wykonawcy wynagrodzenie lub rozwiązania umowy, a wieloletnia praktyka pokazywała, że wykonawcy dokładali wszelkich starań do należytego wykonywania umów, a wszelkie nieprawidłowości lub problemy rozwiązywane były w terminach przewidzianych w umowie. Zaznaczył także, że płatność z góry nie była stosowana do umów typowo serwisowych, których realizacja polegała na wykonywaniu określonych czynności utrzymania we właściwym stanie sprzętu, bądź wykonywania prac modernizacyjnych.

(akta kontroli Tom VII str. 249-253)

Zdaniem NIK, argumentacja zawarta w wyjaśnieniach p.o. Dyrektora Oddziału nie może usprawiedliwiać stwierdzonej nieprawidłowości, gdyż dotyczy ona usług o charakterze technicznym, świadczonych w uzgodnionym okresie, a nie kosztów dostaw licencji. Oddział posiadając znaczącą pozycję negocjacyjną wobec wykonawców powinien dołożyć starań w celu wynegocjowania korzystniejszych terminów zapłaty za realizowaną w długich okresach opiekę techniczną i asystę techniczną.

2. W postępowaniu dotyczącym udzielenia w trybie przetargu nieograniczonego zamówienia publicznego¹⁶³ o wartości 486,5 tys. zł (łącznie z VAT) na modernizację instalacji oświetlenia podstawowego w budynku A (zadanie nr 1) oraz modernizację instalacji w pomieszczeniach gospodarczych i socjalnych w budynku B (zadanie nr 2) stwierdzono nieprawidłowości polegające na nierzetelnym opisie przedmiotu

zakresu wyświadczonych konsultacji, tak więc wartość usług zafakturowanych z góry (bez opcji dodatkowych konsultacji) wyniosła 909,0 tys. zł.

¹⁶⁰ W pozostałej części koszty te dotyczyły lat: 2015, 2016, 2017 i 2019.

¹⁶¹ Art. 498 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U. z 2019 r. poz. 1145).

¹⁶² M. in. art. 342-344 ustawy z dnia 28 lutego 2003 r. Prawo upadłościowe (Dz. U. z 2019 r. poz. 498)

¹⁶³ Znak 13/pn/2018.

zamówienia, sposobu jego realizacji i kryteriów oceny ofert, niedopuszczeniu do składania ofert częściowych, nierzetelnej weryfikacji oferty w celu wyjaśnienia wątpliwości czy zaoferowana cena i koszt (w tym stawka za roboczogodzinę) nie były rażąco niskie, a także żądanie od wykonawców oświadczeń lub dokumentów innych niż niezbędne do przeprowadzenia postępowania.

Stwierdzone nieprawidłowości wskazują na naruszenie wynikającego z art. 7 Pzp wymogu przygotowania i przeprowadzenia postępowania o udzielenie zamówienia w sposób zapewniający zachowanie uczciwej konkurencji i równe traktowanie wykonawców.

I tak:

a) Nierzetelnie opisano przedmiot zamówienia objętego zadaniem nr 1, gdyż w projekcie budowlanym wykonawczym, stanowiącym załącznik do SIWZ, określono liczbę wymaganych do zainstalowania opraw oświetleniowych E.1 na 29 sztuk, podczas gdy na rysunkach przedstawiających poszczególne rzuty kondygnacji było ich 119 szt. (różnica wyniosła więc 90 szt.). Pomimo tego, że rozbieżności w sprawie liczby ww. opraw były przedmiotem zapytania jednego z wykonawców Oddział odpowiadając na zapytanie nierzetelnie skorygował ich liczbę z 29 na 116. Działaniem tym naruszono art. 29 ust. 1 Pzp określający obowiązek opisanie przedmiotu zamówienia w sposób jednoznaczny i wyczerpujący, za pomocą dostatecznie dokładnych i zrozumiałych określeń, uwzględniając wszystkie wymagania i okoliczności mogące mieć wpływ na sporządzenie oferty. Osobą zatwierdzającą dokumentację SIWZ była Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych.

(akta strony Tom V str. 39, 257-279, 137)

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych wyjaśniła m. in. że: *Dokumentacja projektowo-kosztorysowa została przygotowana przez osoby posiadające wymagane uprawnienia. Odnosząc się do kwestii udzielenia oferentom wyjaśnień wskazujących, że ww. opraw jest 116 szt. w sytuacji, gdy faktycznie na projekcie naniesiono ich 119 szt. wyjaśniła, że: *Faktyczna ilość opraw określona w projekcie (rzuty) to 119 szt. Należy zauważyć, iż z punktu widzenia przyjętego wynagrodzenia ryczałtowego oraz zapisów SIWZ, wszelkie konsekwencje rozbieżności w dokumentacji obciążały Wykonawcę. Należy podkreślić, iż cena oferty w niniejszym postępowaniu stanowiła cenę ryczałtową. Szczegółowy kosztorys pomocniczy stanowił co prawda część oferty Wykonawcy, w zakresie ceny pełnił jednak rolę pomocniczą (por. pkt X lit. I ppkt 4 SIWZ).**

Wyjaśniła także, że: *W przypadku wynagrodzenia ryczałtowego szczegółowy kosztorys pomocniczy załączony przez Wykonawcę do formularza oferty pełnił w tym zakresie funkcję pomocniczą. Niniejsze oznacza, iż wykonawca zobligowany był do zainstalowania 119 szt. opraw E.1, jak wskazywały rzuty składające się na projekt budowlany/wykonawczy.*

(akta strony Tom V str. 661-662, 666, 670)

Zdaniem NIK, powyższe wyjaśnienia nie usprawiedliwiają stwierdzonej nieprawidłowości. Określenie w postępowaniu ryczałtowego wynagrodzenia nie zwalniało zamawiającego z obowiązku sporządzenia rzetelnej dokumentacji, w której zakres rzeczowy (w tym przypadku liczba poszczególnych opraw oświetleniowych) będzie spójny i jednoznaczny. Pomimo korekty liczby opraw E.1 nadal ich liczba nie odpowiadała stanowi faktycznemu.

b) Oddział przyjął w postępowaniu opis przedmiotu zamówienia o szczególności ograniczającej możliwość zastosowania rozwiązań alternatywnych, a tym samym nie dochował wynikającego z art. 7 Pzp wymogu przygotowania i przeprowadzenia postępowania o udzielenie zamówienia w sposób zapewniający zachowanie uczciwej konkurencji i równe traktowanie wykonawców.

Sporządzenie dokumentacji projektowej, w tym projektu budowlanego i wykonawczego, przedmiaru robót, kosztorysu inwestorskiego Oddział powierzył dwóm przedsiębiorcom działającym w formie spółki cywilnej A.¹⁶⁴ umową z dnia 2 marca 2018 r.¹⁶⁵ Sporządzając dokumentację projektową określili oni także precyzyjnie parametry opraw oświetleniowych w poszczególnych pomieszczeniach, w tym takie jak: wagę i wymiary, stopień ochrony (np. IP44, IP54, IP65), moc oprawy, strumień świetlny, barwa światła, kąt świecenia. W SIWZ zamawiający dopuścił odchylenia od podanych parametrów opraw (+/- 10% od wymiarów, barw, +/- 5% od podanego strumienia świetlnego, +/- 1 W odchyłki od mocy znamionowej oprawy). W kosztorysie z 30 marca 2018 r. wartość robót określili na kwotę 386.429,16 zł netto (475.307,87 zł łącznie z VAT).

Spśród pięciu ofert złożonych w postępowaniu, ocenie podlegały trzy uwzględniające montaż opraw oświetleniowych spółki A, zaś dwie oferty uwzględniające oprawy innego dostawcy zostały odrzucone, gdyż oprawy nie spełniały wymogów SIWZ.

(akta kontroli Tom V str. 86-95, 417-424)

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych wyjaśniła, że: *Zamawiający na etapie zlecenia projektu modernizacji instalacji oświetlenia nie precyzował parametrów opraw. Generalnie rzecz biorąc oczekiwano zaprojektowania oświetlenia przy użyciu nowoczesnych opraw LED, poprawiając w ten sposób również efektywność energetyczną budynku poprzez zmniejszenie zużycia energii elektrycznej przy jednocześnie silniejszym natężeniu oświetlenia. Parametry takie jak stopień ochrony IP (ochrona przed wnikaniem do oprawy ciał stałych i cieczy), moc, strumień świetlny, barwa światła, kąt świecenia dobrał projektant, tj. osoba z uprawnieniami budowlanymi w zakresie sporządzania projektów instalacji elektrycznych, posiadająca odpowiednią wiedzę i doświadczenie. Parametry zostały tak dobrane, aby zapewnić jak najlepsze warunki pracy oraz bezpieczeństwo, a także trwałość opraw. Zamawiający na etapie postępowania na roboty budowlane w ww. zakresie dopuścił odchylenia od podanych parametrów opraw, tj. +/- 10% od podanych wymiarów opraw, +/-10% od podanych barw światła, +/- 5% od podanego strumienia świetlnego oraz mocy znamionowej oprawy o +/- 1 W.*

Należy również zauważyć, iż Zamawiający określając oczekiwania w stosunku do dokumentacji projektowej (na etapie jej zamawiania) poinformował, iż oczekuje zastosowania nowoczesnych opraw LED, które są tańsze w utrzymaniu i posiadają dłuższą żywotność. Założeniem Zamawiającego było poprawienie efektywności energetycznej budynku poprzez zmniejszenie zużycia energii elektrycznej, co miało wpływ również na parametry opraw określone przez projektanta.

Należy również zwrócić uwagę na fakt, iż umowa mająca za przedmiot wykonanie dokumentacji projektowo-kosztorysowej modernizacji instalacji oświetlenia zobowiązywała Wykonawcę w szczególności do sporządzenia dokumentacji, w tym również do ustalenia określonych parametrów w sposób zgodny z wymogami określonymi w rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 2 września 2004 r. w sprawie szczegółowego zakresu i formy dokumentacji projektowej, specyfikacji technicznych wykonania i odbioru robót budowlanych oraz programu funkcjonalno-

¹⁶⁴ Zwanej dalej: spółką A.

¹⁶⁵ Nr 18/WAG-II/02/2018 za kwotę 24.600,00 zł brutto.

użytkowego (Dz. U. 2013.1129 j.t.), rozporządzeniu Ministra Transportu, Budownictwa i Gospodarki Morskiej z dnia 25 kwietnia 2012 r. w sprawie szczegółowego zakresu i formy projektu budowlanego (Dz. U. 2012.462), oraz z udziałem osób, które posiadają wymagane prawem uprawnienia.

Ponadto Zamawiający żądał, aby Wykonawca oświadczył, iż posiada wystarczającą wiedzę w zakresie wymagań, które musi spełnić projekt zgodnie z ustawą Prawo zamówień publicznych oraz, że wykona przedmiot umowy w szczególności w sposób gwarantujący poszanowanie norm art. 29 ust. 1-3 oraz art. 30 ustawy Prawo zamówień publicznych

(akta kontroli Tom V str. 662, 672-673)

Zdaniem Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych udzielenie ww. zamówienia nastąpiło z poszanowaniem art. 7 Pzp. W wyjaśnieniach stwierdziła m.in., że:

- zamawiający przygotowując i przeprowadzając postępowanie dopełnił powyższym wymogom zlecając na etapie przygotowania postępowania opracowanie opisu przedmiotu zamówienia, a więc dokumentacji projektowo-kosztorsowej, profesjonalnemu podmiotowi wybranemu w wyniku udzielenia zamówienia niepodlegającego ustawie Pzp, z zachowaniem zasady konkurencyjności. Dokumentacja projektowo-kosztorsowa została przygotowana przez osoby posiadające wymagane uprawnienia;
- podczas analizy dokumentacji projektowo-kosztorsowej nie stwierdzono, aby opis przedmiotu zamówienia, mógł wpłynąć na naruszenie zasady uczciwej konkurencji, czy równego traktowania wykonawców w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego;
- sposób sformułowania wymagań przedmiotowych w SIWZ, w tym w dokumentacji projektowej oraz specyfikacji technicznej wykonania i odbioru robót nie ograniczał możliwości zaoferowania przedmiotu zamówienia niezależnie od producenta oferowanych przez potencjalnych wykonawców materiałów; opis przedmiotu zamówienia jako dopełniający wymogów art. 29 Pzp oraz odpowiadający uzasadnionym potrzebom zamawiającego, nie preferował żadnego wykonawcy;
- w przedmiotowym postępowaniu złożono pięć ofert, co stanowi potwierdzenie spełnienia przez SIWZ kryteriów zapewniających konkurencyjność w postępowaniu, a na etapie toczącego się postępowania o udzielenie zamówienia wykonawcy nie formułowali wniosków o dokonanie zmiany określonych w SIWZ parametrów przedmiotu zamówienia, co potwierdza, iż opis przedmiotu zamówienia nie nosił znamion opisu mogącego wskazywać na utrudnianie uczciwej konkurencji w postępowaniu, czy rzutować na równe traktowanie wykonawców;
- wszyscy wykonawcy mieli niewątpliwie równy i nieograniczony dostęp do tych samych informacji związanych z postępowaniem prowadzonym w trybie przetargu nieograniczonego, począwszy od informacji na temat orientacyjnej wartości zamówienia na modernizację instalacji oświetlenia wskazującej na zakładany poziom cenowy, która została upubliczniona w trybie art. 13a ust. 1 Pzp w dniu 30 sierpnia 2017 r. na stronie internetowej, z ww. informacją publiczną mogli zapoznać się wszyscy potencjalni wykonawcy, niezależnie od producenta, którego materiały zamierzali zaoferować w ofertach;
- stawianie tezy, iż osoby sporządzające wycenę części zamówienia w zakresie modernizacji instalacji oświetlenia podstawowego w budynku A, a także sporządzające specyfikację techniczną (parametry) poszczególnych oprav w projekcie modernizacji, w ramach prowadzonej przez siebie działalności

gospodarczej zaoferowały te oprawy wyłonionemu wykonawcy po cenie umożliwiającej zmieszczenie się w ramach wyceny przedmiotu zamówienia, w świetle przywołanej wyżej argumentacji należy uznać za nieuprawnione. Okoliczność, iż cena oferty ocenionej jako najkorzystniejsza dla realizacji przedmiotowego zamówienia, nie odbiegała od wartości szacunkowej zamówienia nie stanowi okoliczności nadzwyczajnej wobec faktu upublicznienia przez zamawiającego w trybie art. 13a Pzp, przed wszczęciem postępowania, szacowanego poziomu kosztów zadania na modernizację instalacji oświetlenia (tzw. orientacyjnej wartości netto);

- w ofertach trzech wykonawców wskazano spółkę A. jako producenta opraw oświetleniowych, co nie dawało w świetle przepisów Pzp, a także okoliczności czysto faktycznych, podstaw do podważania bezstronności i obiektywizmu autorów dokumentacji projektowej, zwłaszcza w kontekście ich bezpośredniego lub pośredniego wpływu na wynik postępowania. Wskazać należy, iż zasada obiektywizmu i bezstronności wyrażona dyspozycją art. 7 ust. 2 Pzp przekłada się na analizę na gruncie art. 17 Pzp;
- wspólnicy spółki A. oraz autorzy dokumentacji projektowej nie występowali (nie wykonywali czynności) po stronie zamawiającego w toku postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, a fakt przygotowania przez nich opisu przedmiotu zamówienia nie wpłynął w żaden sposób na zachwianie zasady równego traktowania wykonawców, czy uczciwej konkurencji; idąc dalej należy ponownie z ostrożności stwierdzić, iż nie zmaterializowała się również przesłanka, która dawałaby podstawę do powzięcia podejrzenia, iż pomiędzy którymkolwiek wykonawcą a autorami dokumentacji projektowo - kosztorysowej zachodzą relacje wskazujące na potrzebę ewentualnego rozważania przesłanek wskazanych normą art. 17 ust. 2a Pzp;
- w sytuacji, gdyby na etapie czynności związanych z przygotowaniem postępowania zachodziły wątpliwości co do bezstronności i obiektywizmu autorów dokumentacji projektowo-kosztorysowej, zamawiający byłby zobligowany do przeprowadzenia analizy na gruncie art. 7 ust. 2 Pzp – jednakże na etapie przygotowania postępowania takie wątpliwości nie zaistniały, a wiedzę na temat producentów oferowanych materiałów zamawiający mógł powziąć dopiero po otwarciu ofert.

(akta kontroli Tom VII str. 451, 455-468)

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych wyjaśniła także, że umowa na wykonanie dokumentacji projektowo-kosztorysowej zawarta ze spółką A. w dniu 2 marca 2018 została zakończona z chwilą odbioru dokumentacji oraz zapłaty wynagrodzenia, tak więc w toku prowadzonego postępowania o udzielenie zamówienia publicznego przedsiębiorcy ci nie mieli bezpośredniego lub pośredniego wpływu na przebieg, a tym bardziej na wynik postępowania.

(akta kontroli Tom VII str. 674-675)

Zdaniem NIK, opis przedmiotu zamówienia (parametry opraw oświetleniowych) dokonany przez firmę sporządzającą dokumentację projektową i jednocześnie będącą ich dostawcą oraz okoliczność, że trzech przedsiębiorców uwzględniło te oprawy w swoich ofertach, co skutkowało poddaniem tych ofert dalszym ocenom, przy jednoczesnym odrzuceniu dwóch ofert uwzględniających oprawy innego dostawcy, wskazują na naruszenie zasady przeprowadzenia postępowania o udzielenie zamówienia w sposób zapewniający zachowanie uczciwej konkurencji i równe traktowanie wykonawców.

(akta kontroli Tom V str. 25-36, 168-171, 383-391, 513-515, Tom VII str. 528-541, 555-563)

c) Zamawiający nierzetelnie opisał kryteria, którymi będzie się kierował przy wyborze oferty, wraz z podaniem wag tych kryteriów i sposobu oceny ofert, czym naruszył art. 36 ust. 1 pkt 13 Pzp, gdyż w zatwierdzonej 3 września 2018 r. przez Zastępcę Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych SIWZ zawarto błędne zapisy (na str. 19 pkt XIII) dotyczące sposobu oceny ofert wg kryterium drugiego tj., okresu gwarancji i rękojmi za wady. Podany wzór prowadził do wyliczeń przyznających maksymalną liczbę 5 punktów ofertom z najkrótszym okresem gwarancji i rękojmi za wady. Ustalenia kontroli wskazują, że w skontrolowanym postępowaniu powyższy wzór, pomimo dostrzeżenia błędu przez komisję przetargową, został zastosowany, w wyniku czego dwóm ofertom (w tym wyłonionej) przyznano maksymalnie po pięć punktów za ww. parametr oferty, natomiast ofercie z najkorzystniejszym dla zamawiającego okresem gwarancji i rękojmi za wady wynoszącym 84 miesiące przyznano 3,57 pkt.

(akta kontroli Tom V str. 155-156,491-504)

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych wyjaśniając przyczyny przyjęcia błędnego sposobu przyznawaniu punktacji za kryterium dotyczące okresu gwarancji i rękojmi podała m. in. że *Dokumentacja projektowo-kosztorysowa została przygotowana przez osoby posiadające wymagane uprawnienia*. Wskazała także, że zgodnie z analizą orzecznictwa Krajowej Izby Odwoławczej zamawiający zobligowany był obliczyć punktację zgodnie z zasadami przyjętymi w SIWZ, w analogicznych przypadkach składy orzekające KIO oceniały jako nieuprawnione stosowanie przez zamawiających innych zasad oceny ofert w zakresie przyjętych kryteriów niż te, które zostały wskazane w SIWZ. Przytaczając wyrok KIO podała, że *[...] określenie kryteriów oceny ofert, w rozumieniu wskazanego przepisu, to nie tylko opis kryteriów, ale również ich znaczenie i sposób oceny ofert. Odmienna wykładnia prowadziłaby do absurdu, ponieważ pozwalałaby zamawiającemu na dowolne odstępstwa od zasad oceny ofert, które sam ustanowił w specyfikacji istotnych warunków zamówienia. Nie do przyjęcia jest argumentacja, iż zamawiający przy wyborze najkorzystniejszej oferty miałby zastosować jedynie kryterium określone rodzajowo w siwz, przy zastosowaniu innych zasad oceny ofert w zakresie przyjętych kryteriów niż te, które zostały wskazane w specyfikacji [...]. Precyzyjne i jasne formułowanie warunków przetargu, a następnie ich literalne i ścisłe egzekwowanie jest jedną z podstawowych gwarancji, czy wręcz warunkiem sine qua non, realizacji zasady uczciwej konkurencji i równego traktowania wykonawców. Wskazując na powyższe stwierdzić należy, iż zamawiający, na etapie oceny ofert, nie jest uprawniony do zmiany treści specyfikacji istotnych warunków zamówienia czy nadawania jej zapisom innego znaczenia niż wynikająca z ich oczywistego brzmienia. Postanowienia specyfikacji są dla niego wiążące i wyłącznie na ich podstawie może on oceniać treść złożonych ofert.*

Wyjaśniła także, że kolejna czynność zamawiającego, a więc wybór oferty najkorzystniejszej, zależna była od okoliczności, czy przyjęty w SIWZ sposób oceny ofert ma wpływ na wynik postępowania. W przedmiotowym postępowaniu sytuacja taka nie miała miejsca – niezależnie bowiem od sposobu liczenia punktacji z uwzględnieniem kryterium dotyczące okresu gwarancji i rękojmi za wady, najwyższą liczbę punktów otrzymałaby oferta wybrana jako oferta najkorzystniejsza, a zatem Oddział postąpił w sposób, który jako jedyny umożliwiał zachowanie obowiązujących przepisów prawa. W ocenie Zastępcy Dyrektora, przyznanie punktacji ofertom w sposób niezgodny z SIWZ niewątpliwie stanowiłoby w świetle przytoczonych w protokole z posiedzeń komisji orzeczeń KIO, naruszenie przepisów ustawy Pzp, w szczególności art. 91 ust. 1 oraz art. 7 ust. 1.

(akta kontroli Tom V str. 661-663, 666-669)

d) Zamawiający nie dopuścił do składania ofert częściowych, o których mowa w dyspozycji określonej w art. 36aa Pzp. Przepis ten dawał zamawiającemu uprawnienie do decyzji w tej sprawie, jednakże na gruncie spójnego w tej kwestii orzecznictwa¹⁶⁶ swoboda zamawiającego co do decyzji o braku podziału zamówienia na części ograniczona została zasadą uczciwej konkurencji. Uprawnienie zamawiającego należy, w ocenie NIK, uznać za obowiązek, w szczególności w sytuacji, gdy brak podziału zamówienia będzie naruszał konkurencję między wykonawcami, o ile nie wystąpią szczególne okoliczności, które uzasadniają brak takiego podziału. Ustalenia kontroli wskazują, że Oddział nie podał rzetelnie okoliczności uzasadniających brak możliwości składania ofert cząstkowych na zadania realizowane w różnych budynkach (budynek A, budynek B) i w różnym zakresie (wymiana opraw oświetleniowych w pomieszczeniach oraz instalacja 13 gniazd podwójnych w sześciu pomieszczeniach gospodarczych). W protokole ZP-PN na str. 2 zawarto zapis: *Łączna wartość szacunkowa robót budowlanych w roku 2018, wyniosła 1 502 645,51 zł netto, w tym wartość części objętej przedmiotowym postępowaniem wynosi: 396 411,17 zł netto. Podział przedmiotowej roboty budowlanej na części z dopuszczeniem składania ofert byłby nieuzasadniony przede wszystkim z uwagi na jednolity, spójny charakter przedmiotu zamówienia jakim jest modernizacja oświetlenia. Mamy tu do czynienia z jednym rodzajem robót, stosunkowo niewielkim zakresem inwestycji, co w praktyce czyni wydzielanie jakichkolwiek części niecelowym. Ewentualne (teoretyczne) próby podziału na części byłyby również nieuzasadnione ze względów formalnoprawnych - z uwagi na roszczenia z tytułu gwarancji i rękojmi za wady oraz mogące powstać na tym tle problemy w egzekwowaniu odpowiedzialności z powyższych tytułów w przypadku wielości wykonawców i kolizji ich interesów w realizowaniu zobowiązań gwarancyjnych bądź w ramach rękojmi za wady; a także ze względów ekonomicznych - nieuzasadnione rozdrobnienie i tak niewielkiego zakresu robót, brak zainteresowania ze strony wykonawców, wyższe ceny potencjalnych ofert częściowych. Podział przedmiotowej roboty budowlanej na części z dopuszczeniem składania ofert częściowych należy z powyższych względów uznać za niecelowy.*

(akta kontroli Tom V str. 474, 479, 505-519)

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych wyjaśniając przyczyny niedopuszczenia do składania ofert częściowych odwołała się do uzasadnień komisji przetargowej dokonanych w trakcie posiedzeń w dniu 16 maja 2018 r. oraz w dniu 27 czerwca 2018 r., jednakże przywołała zapisy, które odnosiły się do podziału planowanych w 2018 r. zamówień na roboty budowlane (na kwotę 978.132,38 zł) na poszczególne przetargi, w tym objęty kontrolą przetarg nieograniczony na kwotę 475.307,87 zł, co jednoznacznie potwierdza, że zakres zamówienia na tym etapie nie uwzględniał zadania nr 2 dotyczącego modernizacji instalacji elektrycznej w pomieszczeniach gospodarczych¹⁶⁷.

Protokół komisji z 27 czerwca 2018 r. nie zawierał merytorycznego uzasadnienia niedopuszczenia ofert cząstkowych, odesłano natomiast w tej kwestii do protokołu z 16 maja 2018 r., w którym o zadaniu nr 2 nie było wzmianki, gdyż podano w nim kwota 475.307,87 zł stanowiła wartość kosztorysową zadania nr 1.

Ponadto Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych wyjaśniła, że *Stopień dokonywania dalszego podziału zamówienia na części podlega ocenie zamawiającego przy uwzględnieniu racjonalnych przesłanek. Dokonanie bowiem podziału na zbyt małe części może skutkować dla zamawiającego negatywnymi*

¹⁶⁶ Pogląd zaprezentowany w wyroku KIO/UZP 1326/08 z dnia 26 listopada 2008 r.

¹⁶⁷ Kwota 475.307,87 zł brutto odpowiada dokładnie wartości szacunkowej zadania nr 1 wynikającą z kosztorysu z 30 marca 2018 r.

konsekwencjami. Stąd uznano, iż w niniejszym przypadku dokonany podział jest wystarczający, a przeprowadzanie dalszego podziału, tj. dopuszczenie składania ofert częściowych w stosunku do każdego z zadań bądź wyodrębnienie ich do oddzielnych postępowań, byłoby niecelowe. W szczególności dalszy podział zamówienia objętego przedmiotowym postępowaniem uznano za niecelowy ze względów ekonomicznych (nieuzasadnione rozdrobnienie i tak niewielkiego zakresu robót tożsamych rodzajowo – roboty elektryczne) oraz w konsekwencji możliwy brak zainteresowania ze strony wykonawców; wyższe ceny potencjalnych ofert częściowych.

(akta strony Tom V str. 473, 661-662, 675)

Zdaniem NIK, argumentacja dotycząca niedopuszczenia ofert cząstkowych wskazująca na *jednolity, spójny charakter przedmiotu zamówienia, jakim jest modernizacja oświetlenia* wskazuje, że powyższe stanowisko zamawiającego odnosi do pierwotnego projektu dotyczącego tylko modernizacji oświetlenia w budynku A (zadanie nr 1), zanim to zamawiający rozszerzył jego zakres o modernizację instalacji w budynku B (zadanie nr 2). Wymiana opraw oświetleniowych w pomieszczeniach budynku A nie mogła stanowić jednolitego i spójnego przedmiotu zamówienia z zdaniem polegającym na doprowadzeniu z tablic rozdzielczych przewodów i zainstalowaniu 13 gniazd z uziemieniem w sześciu pomieszczeniach gospodarczych budynku B. Skutkiem ww. nieprawidłowości było ryzyko ograniczenia kręgu podmiotów mogących przystąpić do przetargu, w tym ograniczenia udziału MSP¹⁶⁸, gdyż do przetargu nie mogły przystąpić podmioty mające zdolność do realizacji tylko jednego z zadań.

e) Zamawiający nierzetelnie tj. z naruszeniem art. 29 ust. 1 w zw. z art. 31 ust. 1 Pzp, opisał przedmiot zamówienia w zakresie sposobu realizacji robót, gdyż w punkcie 1.5. dokumentu stanowiącego załącznik do SIWZ pn. *Specyfikacja Techniczna Wykonania i Odbioru Robót* zażądał by *Ze względu na charakter pracy instytucji wszystkie roboty należy prowadzić po godzinach pracy urzędu*, natomiast we wzorze umowy (§ 6 ust. 9) zawarto postanowienia określające, że zamawiający umożliwi wykonawcy wykonanie robót objętych przedmiotem umowy w dniach od poniedziałku do niedzieli, a w godzinach pracy Oddziału zalecane jest wyeliminowanie lub istotne ograniczenie prac realizowanych przy pomocy elektronarzędzi, utrudniających pracę i obsługę petentów. Oddział zawarł w umowę stosując się do wzoru umowy w brzmieniu upublicznionym jako załącznik do SIWZ i postanowienia te obowiązywały wykonawcę tj., nie żądano od niego by wszystkie prace prowadzić po godzinach pracy.

(akta kontroli Tom V str. 187, 229, 253, 533)

Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych odnosząc się do ww. rozbieżności wyjaśniła, że: *Stosownie do regulacji pkt III SIWZ (Opis przedmiotu zamówienia) w przypadku różnic merytorycznych pomiędzy treścią dokumentacji projektowej bądź STWiOR a treścią pozostałej części SIWZ, pierwszeństwo mają zapisy pozostałej części SIWZ. W przypadku objętym zapytaniem obowiązywały zatem zapisy pozostałej części SIWZ, w szczególności zaś zapisy wzoru umowy. Zamawiający dokonał ww. zastrzeżenia w celu uniknięcia wątpliwości w sytuacji, gdyby w dokumentacji projektowej oraz w SIWZ pojawiły się różnice. Zapis ten, jak widać na przykładzie poruszonej kwestii godzin pracy, pozwolił wyeliminować problemy interpretacyjne w przypadku wystąpienia różnic w zapisie wzoru umowy oraz dokumentacji projektowej. Konsekwentnie podobną regułą interpretacyjną przyjęto w §1 ust. 5 umowy (wzoru umowy) stanowiąc, iż w przypadku wątpliwości,*

¹⁶⁸ Male, średnie przedsiębiorstwa.

dla celów interpretacji będą miały pierwszeństwo dokumenty zgodnie z następującą kolejnością: a) umowa, b) dokumentacja projektowa, c) STWiOR. Zważywszy jednoznaczność cyt. zapisów SIWZ oraz umowy, brak możliwości stwierdzenia jakiegokolwiek sprzeczności, czy nieprawidłowości.

(akta kontroli Tom VII str. 472, 474-475)

Zdaniem NIK, podany przez zamawiającego mechanizm wyjaśniania sprzeczności w dokumentacji przetargowej nie może usprawiedliwiać zawartych w niej rozbieżności, które mogły wprowadzać wykonawców w błąd.

3. W postępowaniu na usługi społeczne o wartości poniżej 750 tys. euro (świadczenie usług pocztowych w obrocie krajowym i zagranicznym) o wartości wg zawartych umów 2.504,1 tys. zł łącznie z VAT¹⁶⁹, stwierdzono nieprawidłowość polegającą na zaniechaniu publikacji w Biuletynie Informacji Publicznej¹⁷⁰ ogłoszenia o zamówieniu zawierającego określony katalog informacji¹⁷¹ oraz - niezwłocznie po udzieleniu zamówienia - informacji o udzieleniu zamówienia z podaniem nazwy albo imienia i nazwiska podmiotu, z którym zawarto umowę w sprawie zamówienia publicznego. Publikacji ww. informacji Oddział dokonał na swojej stronie internetowej, czym naruszono przepis art. 138o ust. 3-4 Pzp.

(akta kontroli Tom VII str. 419-434)

Osobą odpowiedzialną za powyższe była Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych, która 18 listopada 2016 r. poinformowała o takim sposobie publikacji centralę NFZ, kierując się, jak wyjaśniła, praktyką i wykładnią obowiązujących w innych oddziałach wojewódzkich. W przedmiotowej sprawie sporządzono opinię prawną (z dnia 14 listopada 2016 r.), w której podniesiono m.in. że NFZ jest państwową jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną, w jego skład wchodzi centrala i oddziały wojewódzkie, udzielające zamówień zgodnie z planami finansowymi, prowadzony przez centralę posiada strony internetowe BIP, którymi zarządza Centrala NFZ. Wskazano także, że Oddział publikuje w BIP ogłoszenia dotyczące naboru pracowników, gdyż obowiązek taki wynikał z art. 107 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Autorka opinii stwierdziła, że *Sposób postępowania w tym zakresie wymaga więc uzgodnienia z Centralą NFZ (istotne jest także ujednoczenie praktyk poszczególnych oddziałów, gdyż w przypadku takich usług społecznych jak np. usługi pocztowe, wykonawcy prawdopodobnie będą ubiegać się o udzielenie zamówienia większej liczbie oddziałów.*

(akta kontroli Tom VII str. 447-449)

Zastępca Dyrektora wyjaśniając przyczyny powyższej nieprawidłowości podała m. in. że *Zgodnie z art. 138o ust. 3 pzp zamawiający zamieszcza na stronie podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej, a jeżeli nie ma strony podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej, na stronie internetowej, ogłoszenie o zamówieniu, które zawiera informacje niezbędne z uwagi na okoliczności jego udzielenia [...]. Śląski Oddział Wojewódzki NFZ - jako nieposiadający strony podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej - ogłoszenia o zamówieniu oraz informacje o udzieleniu zamówienia, o których mowa w art. 138o ust. 2 i ust. 4 pzp, zamieszcza na stronie internetowej Oddziału: www.nfz-katowice.pl, podobnie jak pozostałe ogłoszenia /informacje, co do których publikacja wymagana jest przepisami ustawy Prawo zamówień publicznych. Obowiązek posiadania strony BIP wynika z ustawy z dnia*

¹⁶⁹ Postępowanie oznaczone znakiem 1/us/2018.

¹⁷⁰ Zwany dalej „BIP”.

¹⁷¹ To jest: terminu składania ofert uwzględniającego czas niezbędny do przygotowania i złożenia oferty; opisu przedmiotu zamówienia oraz określenia wielkości lub zakresu zamówienia, a także kryteriów oceny ofert.

06.09.2001 r. o dostępie do informacji publicznej (j.t. Dz.U.2018.1330). Do prowadzenia strony podmiotowej BIP zobligowana jest na mocy art. 4 ust. 1 pkt 4 cyt. ustawy Centrala NFZ jako państwowa jednostka organizacyjna posiadająca osobowość prawną. Przepisy prawa nie stanowią o obowiązku posiadania przez Oddziały Wojewódzkie NFZ stron BIP. Informacje publiczne związane z działalnością poszczególnych Oddziałów publikowane są więc co do zasady na stronach internetowych Oddziałów. Należy zauważyć i podkreślić, iż Oddziały stanowią jednostki wyodrębnione w ramach Funduszu, samodzielnie realizujące plany finansowe, przeprowadzające procedury o udzielenie zamówienia publicznego, a co za tym idzie również udzielające zamówień publicznych. Miejszem upubliczniania ogłoszeń/informacji dotyczących usług społecznych, o których mowa w art. 138o pzp, są zatem strony internetowe Oddziałów, podobnie jak w przypadku zamówień niebędących usługami społecznymi, a podlegających publikacji na stronie internetowej zamawiającego (Oddziału). Należy również podnieść, iż nie wydano żadnych wytycznych w zakresie ewentualnej publikacji „zamówień publicznych” w BIP przez Oddziały, co potwierdza Dział Komunikacji Społecznej Śląskiego OW NFZ administrujący stronę internetową Oddziału oraz zamieszczający publikacje. W tym miejscu należy wskazać na ratio legis regulacji art. 138o ust. 2 i ust. 4 pzp; celem ww. zapisów ustawy jest wypełnienie przez zamawiającego obowiązku upublicznienia ogłoszenia/informacji o danym zamówieniu; cel ten – jak wskazał sam ustawodawca – realizuje się zarówno poprzez publikację w BIP (jeżeli zamawiający takowy posiada), jak i na stronie internetowej zamawiającego. Wobec powyższego Śląski OW NFZ dokonuje niezwłocznej publikacji ogłoszenia/informacji dotyczącej usługi społecznej na własnej stronie internetowej.

Śląski OW NFZ po otrzymaniu opinii prawnej z dnia 14.11.2016 r. poinformował Centralę NFZ pismem z dnia 18.11.2016 r. o przyjętych zasadach związanych z publikacją ogłoszeń dotyczących usług społecznych. Za uprawnione należy uznać założenie, iż w przypadku, gdyby Centrala NFZ kwestionowała stanowisko Śląskiego OW NFZ wyrażone w cyt. piśmie, przedstawiłaby niewątpliwie swoje zastrzeżenia. Brak odpowiedzi ze strony Centrali NFZ jest równoznaczny z akceptacją przyjętego wzorca procedowania. Niniejsze znajduje potwierdzenie również w praktyce innych Oddziałów NFZ.

Wyjaśniła ponadto, że W dniu 18.11.2016 r. zakładka pn. BIP Śląskiego OW NFZ nie istniała. Centrala NFZ udostępniła swoją stronę BIP Oddziałom Wojewódzkim w czerwcu 2017 roku. Pierwsza publikacja ukazała się dnia 26.06.2017 r. - „Wykaz podmiotów leczniczych, które przedstawiły akty o połączeniu” [...].

(akta kontroli Tom VII str. 450-454)

Zdaniem NIK, argumentacja zawarta w wyjaśnieniach Zastępcy Dyrektora Oddziału nie usprawiedliwia stwierdzonej nieprawidłowości. Pomimo braku (w listopadzie 2018 r.) odrębnej zakładki w BIP dla Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego, Oddział kierował w tamtym czasie do publikacji w BIP informacje o których mowa w art. 107 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, zaś struktura prezentacji w BIP danych w zakładkach prowadzonych dla poszczególnych oddziałów wojewódzkich, bądź łącznie dla wszystkich zamówień, jako nieregulowana przepisami, mogła być dowolna. Ponadto, z uwagi na fakt, że Oddział nie posiada osobowości prawnej, lecz jest strukturą wyodrębnioną organizacyjnie w ramach państwowej osoby prawnej, udzielane zamówienia dotyczą NFZ jako osoby prawnej, zobowiązanej - stosownie do przepisu art. 4 ust. 1 pkt 4 w związku z art. 7 ust. 1 i art. 8 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej¹⁷² - do

¹⁷² Dz. U. z 2018 r. poz. 1330, ze zm.; dalej ustawa o BIP.

posiadania strony w BIP i publikowania w tym miejscu określonych przepisami szczególnymi informacji, występował obowiązek publikacji w BIP. Sporządzona opinia prawna wskazywała na potrzebę uzyskania stanowiska Centrali NFZ, o które nie wystąpiono.

W ocenie NIK, powyższe działanie nie zapewniło potencjalnym oferentom określonego ustawowo dostępu do informacji o udzielanych zamówieniach tego samego rodzaju z uwagi na ich publikację w różnych zbiorach. Aktualnie (czerwiec 2019) praktyka publikacji ww. informacji w BIP jest zróżnicowana. Objęte tą samą kontrolą P/19/058 oddziały wojewódzkie w Opolu i Gdańsku publikowały przedmiotowe informacje w BIP, natomiast Oddział na jego własnej stronie internetowej.

OCENA CZĄSTKOWA

Poddane analizie koszty administracyjne były celowe z punktu widzenia zadań Oddziału a 94,1% wydatków poddanych badaniu poniesionych zostało w sposób gospodarny. Księgi rachunkowe, w zakresie ewidencji przychodów i kosztów oraz związanych z nimi należności i zobowiązań, prowadzone były prawidłowo. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły poniesienia części wydatków stanowiących koszty administracyjne w sposób niezgodny z zasadami ponoszenia wydatków publicznych oraz procedurami w zakresie zamówień publicznych.

IV. Uwagi i wnioski

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, zwraca uwagę na:

Uwagi

- 1) celowość:
 - zapewnienia realizacji opieki stomatologicznej w gabinetach mobilnych, małych w mniejszych miejscowościach, gdzie nie ma gabinetu stomatologicznego w szkole ani w najbliższej okolicy, a w związku z tym weryfikacji miejsc wskazanych przez świadczeniodawcę w przedkładanych przez niego harmonogramach udzielania świadczeń w dentobusie,
 - zapewnienia kontroli realizacji i rozliczania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie stomatologiczne w zakresie *świadczenia udzielane w dentobusie* oraz *świadczenia udzielane w dentobusie - ryczałt* pod kątem prawidłowości kwalifikowania i sprawozdawania świadczeń,
- 2) konieczność podejmowania skutecznych działań mających na celu zapewnienie w planie finansowym Oddziału środków na finansowanie leku w wysokości odpowiadającej dokonywanym wydatkom,
- 3) możliwość dokonywania na bieżąco zmian planu kontroli tylko w okresie jego obowiązywania,
- 4) konieczność przeprowadzania postępowań o udzielenie zamówień publicznych z uwzględnieniem przepisów Pzp w zakresie: opisu przedmiotu zamówienia i sposobu jego realizacji, opisu kryteriów oceny ofert i ich egzekwowania, dochowania staranności w zakresie równego traktowania wykonawców, dopuszczenia - w uzasadnionych przypadkach - możliwości składania ofert częściowych,

Wnioski

oraz wnosi o sprawdzenie prawidłowości rozliczania świadczeń udzielonych w dentobusie.

V. Pozostałe informacje i pouczenia

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

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

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 Katowicach. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania uwag
i wniosku

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK, należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosku pokontrolnego 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.

Katowice, dnia 10 lipca 2019 r.

Kontrolerzy

Izabela Pilarek

Główny specjalista kontroli państwowej

/-/

Zmian w wystąpieniu pokontrolnym
dokonał:

Beata Pękul

Główny specjalista kontroli państwowej

/-/

Piotr Miklis
Dyrektor Delegatury NIK
w Katowicach

Piotr Graca

Główny specjalista kontroli państwowej

/-/

